Rok XLIV. Kraków 2 Września 1905. Nr. 35.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem prof. dr. Prusa.

## O stosunkach między parciem naczyniowem, a składem krwi.

Podał

**Dr. Teofil Hołobut,**

asystent Zakładu.

Liczba ciałek czerwonych zarówno u ludzi, jak u zwierząt, już w stanie zdrowia nie jest ilością bezwzględnie stałą, lecz ulegać może mniej lub więcej znacznym wahaniom pod wpływem różnorodnych czynników. Przedewszystkiem stwierdzono znaczny wpływ wahań parcia naczyniowego w tym względzie. Na zjawisko to zwrócili pierwsi uwagę w r. 1874 Picquard i Malassez, dowiódłszy doświadczalnie na zwierzętach zależności ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych od stanu naczyń. Po przecięciu nerwów, dochodzących do śledziony, autorowie ci znaleźli we krwi żyły śledzionowej wzmożenie liczby ciałek czerwonych i ilości hemoglobiny.

Leser, przecinając rdzeń kręgowy na wysokości 2 do 4 kręgu szyjnego, spostrzegał silne obniżenie parcia krwi z równoczesnem zmniejszeniem się ilości hemoglobiny we krwi, wziętej z dużych naczyń; po podrażnieniu prądem faradycznym obwodowego końca przeciętego rdzenia następowało zwiększenie się ilości hemoglobiny.

Cohnstein i Zuntz, którzy powtórzyli doświadczenia Lessera, widzieli również po przecięciu rdzenia szyjnego powyżej ośrodka nerwu trzewnego (*splanchnicus*) zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych w dużych naczyniach, a po podrażnieniu obwodowego końca przeciętego rdzenia wzmożenie się liczby ciałek czerwonych. Zjawisko to tłómaczą oni zmianami, zachodzącemi w naczyniach włosowatych na większych obszarach.

Naczynia włosowate rozszerzając się, zostają przepełnione ciałkami czerwonemi, a osocze spływa do wielkich naczyń i tu rozcieńcza jeszcze bardziej ich treść; zwężając się wypełniają się naczynia włosowate osoczem, a ciałka czerwone wędrują do dużych naczyń i zwiększają liczbę ciałek, w nich się znajdującą. Rozszerzenie większego obszaru naczyń włosowatych działa więc na wzór wessania, zwężenie zaś ich na wzór wzmożonego przesączania się cieczy.

Grawitz i Landois zaś przypuszczają, że nietyle zjawiska przesączania się i wsysania mają tu znaczenie, ile szybko występujące zmiany mechanicznego rozdzielenia.

Z doświadczeń, wykonanych na ludziach przez Grawitza, Toenissena, Breitensteina, wypływa, że i u ludzi, tak zdrowych, jak i chorych, pod wpływem działania pewnych bodźców i to znowu na większy obszar naczyń włosowatych skóry, zachodzą zmiany w liczbie ciałek czerwonych.

Toenissen spostrzegał po zastosowaniu zimnych kąpieli u chorych na zapalenie płuc, a gorączkujących, wzmożenie się liczby ciałek czerwonych, a Breitenstein widział to samo po kąpieli zimnej, stosowanej u chorych na dur brzuszny, a w mniejszym stopniu także u ludzi zdrowych.

Grawitz na podstawie spostrzeżeń klinicznych, jak i doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, dochodzi do wniosku, że po zastosowaniu zimnych tuszów, podwyższa się ciężar właściwy krwi. Obniżenie ciężaru właśc. krwi spostrzegał po położeniu ciepłego okładu na skórę królika.

Wszystkie te zmiany liczby ciałek czerwonych pod wpływem wahań ciepłoty [1]) wpływają zasadniczo na zmiany parcia naczyniowego: w szczególności E. Grawitz wnosi że działanie zimna na powierzchnię ciała idzie w parze ze skurczem naczyń i podwyższeniem parcia krwi, co wywołuje jej zagęszczenie skutkiem przepacania cieczy przez ściany naczyń, przeciwnie zaś działanie gorąca na powierzchnię ciała sprawia obniżenie parcia krwi, rozszerzenie naczyń i przechodzenie cieczy do krwi, a tem samem jej rozrzedzenie.

O ile jednak liczba ciałek czerwonych, nawet w stanach prawidłowych u jednego i tego samego osobnika ulegać może pewnym mniejszym lub większym wahaniom, o tyle ustrój stara się utrzymać niezmienioną odsetkę wody we krwi, jak to dowodnie wypływa ze spostrzeżeń Żebrowskiego, dokonanych na oddziale i pod kierunkiem Biernackiego, a dotyczących ludzi częściowo zdrowych, częściowo chorych, którym podawano kołaczyki tyreoidynowe, W doświadczeniach tych autor zauważył pojawianie się — wprawdzie nie stale — znacznej hyperglobulii po zadaniu nawet małych dawek tyreoidyny. I tak liczba ciałek z 5.040000 podniosła się po podaniu tyreoidyny na 7.190000 lub w innym przypadku z 6 320000 na 7 590.000. Z doświadczeń porównawczych, jakie wykonał, by się przekonać, czy hyperglobulia nie była tylko przypadkową, wnosi on, że wahania samoistne liczby ciałek już w stanie prawidłowym bywają niekiedy znaczne, choć nie dosięgają tak wysokich liczb, jak przy stosowaniu tyreoidyny. Stwierdzając, że w niektórych razach powstaje hyperglobulia we krwi ludzkiej pod

[1]) Do kategoryi badań w tym kierunku należą także w naszej literaturze spostrzeżenia Rzętkowskiego oraz Miklaszewskiego nad zmianami krwi w »parnikach«.

wpływem działania tyreoidyny, a nie rozstrzygając pytania, o ile zależną jest ona od istotnego zwiększenia się liczby ciałek czerwonych, a o ile od wpływów naczynioruchowych, Żebrowski nie znajdował ani w tych przypadkach, w których pod wpływem tyreoidyny powstała znaczna hypergloblia, ani tam, gdzie samoistne wahania liczby ciałek czerwonych były dość znaczne, wybitniejszych zmian co do ilości substancyi suchej; czyli, że odsetka wody we krwi zostaje prawie stałą, nieznacznie tylko, lub wcale niezmienioną mimo znacznych wahań liczby ciałek czerwonych. Liczby, które autor w tym względzie stwierdził, są uderzające. N. p.: przed tyreoidyną: liczba ciałek czerwonych 6.320000, sucha substancya 23·01%; wśród podawania tyreoidyny: l. c. cz. 7590.000. S. s. 23·45%; w tydzień później l. c. cz. 5.550000. S. s. 23·01%; po odstawieniu tyreoidyny l. c. cz. 5.430.000 S. s. 23·2%.

Zachęcony przez Doc. Dra Biernackiego przystąpiłem pod jego kierunkiem do szczegółowego zbadania, o ile spostrzeżenia Żebrowskiego nad stałością odsetki wody we krwi w przeciwieństwie do liczby ciałek czerwonych powtarzają się i w doświadczeniach na zwierzętach, u których wywołamy sztucznie wahania liczby ciałek czerwonych, i czy i w tym razie istnieje owa niezależność między liczbą ciałek czerwonych krwi, a suchą substancyą, której wyrazem stałość odsetki wody mimo większych lub mniejszych zmian w liczbie ciałek czerwonych. Badanie w tym kierunku było nieodzownem wobec faktu, iż w doświadczeniach Grawitza przy zmianach parcia czyli zmianach liczby ciałek czerwonych, stosownie do spostrzeżeń Cohnsteina i Zuntza stwierdzono wahania ciężaru właściwego krwi, co wskazywało na wahania ilości wody we krwi jednocześnie z wahaniami liczby ciałek, a więc fakty, poniekąd sprzeczne z tymi, które spostrzegał Żebrowski.

W tem miejscu naprzód powiem, że w doświadczeniach naszych znalazły się dość liczne szczegóły, potwierdzające prawdziwość spostrzeżeń Żebrowskiego, o czem pomówimy szczegółowo poniżej. Punkt ciężkości poszukiwań przesunął się jednak w inną stronę z powodu szeregu spostrzeżeń, wykazujących wśród pewnych warunków odmienne stosunki pomiędzy parciem krwi w naczyniach, a liczbą ciałek czerwonych, a także dozwalających nam poznać dokładniej mechanizm powstawania wahań liczby ciałek czerwonych wskutek wahań parcia naczyniowego. Przedstawienie wyników w tym kierunku stanowi też główną treść pracy niniejszej.

Doświadczenia wykonywano na królikach, u których wywoływano zmiany parcia krwi albo sposobem mechanicznym, jak głaskaniem, uciskaniem powłok brzusznych, działaniem na skórę prądem faradycznym, albo też przy pomocy środków farmaceutycznych, właściwie toksykologicznych, jak strychnina, adrenalina, nikotyna, pilokarpina.

Po przywiązaniu królika do stolika operacyjnego i odsłonięciu obu tętnic szyjnych, łączono jedną z nich z kimografionem rtęciowym celem dokładnego zapisywania parcia krwi, do drugiej zaś tętnicy wprowadzano rurkę szklaną krótką, przez którą upuszczano krew do badania. Krew we wszystkich doświadczeniach brano z tętnicy szyjnej, raz tylko użyto do badania krwi z tętnicy udowej. Krew z tętnicy chwytano do parowniczek, przed każdem doświadczeniem starannie wysuszonych nad kwasem siarkowym, a następnie wraz z odpowiedniemi do każdej parowniczki szkiełkami zegarkowemi zważonych na wadze chemicznej.

Upuszczano krwi za każdym razem 4—6 cm.³; z tego około 3 cm.³ wlewano do małych cylinderków 5 centymetr. by otrzymać skrzep i surowicę krwi. resztę zaś, pozostałą na parowniczce, przykrywano szkiełkiem zegarkowem i ważono dokładnie na wadze chemicznej, a następnie suszono najpierw w suszarce przy 60° C. przez kilka godzin, a następnie nad kwasem siarkowym aż do stałego ciężaru. W podobny sposób określano ilość suchej substancyi w surowicy krwi, ściągniętej z nad skrzepu, najczęściej w przeciągu 24 godzin.

W krwi, schwytanej do parowniczek obliczano najdokładniej liczbę ciałek czerwonych Przed każdym upustem krwi rurkę, wstawioną do tętnicy — z której krew upuszczano — dokładnie oczyszczano, a nanowo nie upuszczano krwi odrazu na parowniczkę, lecz najpierw 1—2 ctm. krwi upuszczano bezużytecznie, a następnie dopiero chwytano do parowniczek krew, przeznaczoną do badania. Ponieważ w każdem doświadczeniu upuszczano królikowi średnio 5 razy krew, czyli razem brano koło 25—30 ctm.³ krwi, co wypadnie jeszcze więcej o 5—10 ctm.³, jeśli do tego doliczymy krew, upuszczoną bezużytecznie, jak również krew, straconą przy operacyi, to zachodziło pytanie, o ile te upusty krwi wpływają same przez się na skład krwi t. j. na liczbę ciałek czerwonych, na ilość suchej substancyi tak we krwi całkowitej, jak i w surowicy. W tym celu w jednem doświadczeniu porównawczem upuszczano królikowi krew kilkakrotnie w tej ilości, jak zwykle, i w takich odstępach czasu, jak w innych doświadczeniach, unikając wywierania jakiegokolwiek wpływu na parcie krwi zapomocą czynników zewnętrznych. Mimo to zauważono samoistne wahania w parciu krwi, choć niezbyt wielkie, lecz niewątpliwe, jak to zresztą zwykle bywa u tak pobudliwych zwierząt, jak króliki; odpowiednio do tego skład każdej porcyi krwi bynajmniej nie był jednaki, ale wykazywał pewne różnice. Oto wyniki:

Doświadczenie I.

Królik wagi 1950 gr. biały.

Początek doświadczenia godz. 10 koniec 10 g. 48 m.

Wysokość parcia krwi tak w tem doświadczeniu, jak i w innych, obliczono w przybliżeniu:

| upust | godzina up. | ciśnienie | liczba ciałek | sucha subst. krwi |
|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 04 m | 14 cm. | 7.235.700 | 20·04% |
| II | 10 g. 10 m. | 13·6 cm. | 5.934.500 | 19·43% |
| III | 10 g. 22 m. | 12·8 cm. | 6.571.000 | 19·54% |
| IV | 10 g. 36 m. | 12 cm. | 7.064.300 | 19·00% |
| V | 10 g. 48 m. | 7·40 cm. | 5.107.000 | 17·87% |

Doświadczenie II.

Królik wagi 2400 gr.

Ciśnienie bez zmian

| | | | |
|---|---|---|---|
| I upust; | 10 g. 04 m. 35 s. | 6.235.700 | 19·36% |
| II „ | 10 g. 09 m. | 6.364.000 | 19·08%. |

Z pierwszego doświadczenia widzimy, że ciśnienie krwi mimo, iż starano się unikać wszystkiego, coby mogło nań wpływać, stale opadało, aczkolwiek nieznacznie; znaczniejsze obniżenie ciśnienia było dopiero przy piątym upuście krwi. Mimo nieznaczne zmiany w parciu krwi, zmiany w liczbie ciałek czerwonych były stosunkowo duże i przy tem wypadło, że parciu wyższemu, 13·6 cm. słupa rtęci, odpowiadała mniejsza liczba ciałek czerwonych, bo 5.934.500, parciu zaś niższemu, 12 cm. sł. rt., większa liczba ciałek czerwonych: 7.064.300.

Sucha substancya krwi zachowywała się znacznie stalej, bo wahania były ledwie w granicach 1·00%; dopiero przy piątym upuście krwi, kiedy liczba ciałek czerwonych jednocześnie z parciem wyraźnie opadła, odsetka suchej substancyi obniżyła się więcej, bo o $1^1/_2$%.

Wynik ten uprawniać może przypuszczenie, że kilkakrotnie powtarzane w naszych doświadczeniach upusty krwi same przez się mogły wywołać zmiany krwi w kierunku zubożenia jej w ciałka czerwone i rozwodnienia. Możliwość tę uwzględnialiśmy też przy ocenie wyników naszych doświadczeń w tem znaczeniu, że jeśli po zastosowaniu pewnego czynnika przy późniejszych upustach krwi (4-ty, 5-ty) stwierdzaliśmy obniżenie się liczby ciałek czerwonych i substancyi suchej, to fakt ten dla działania czynników był mniej dla nas dowodzącym, niż fakt przeciwny, t. j. wzmożenie się liczby ciałek czerwonych oraz substancyi suchej.

## Doświadczenia co do działania na parcie czynników mechanicznych.

Doświadczenie III.

W doświadczeniu tem nie zachowano przypadkiem krzywej ciśnienia; podamy je tylko ogólnie, tak jak zapisano w protokole.

Królik wagi 2500 gr.

| | godz. upustu | | l. c. czerw. | s. s. kr. | s. s. osocza |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 03′ | ciśnienie zwykłe | 5.307.100 | 17·81% | 6·84% |
| II | 10 g. 10′ | obniżone | 2.170.000 | 18·24% | — |
| III | 10 g. 27′ | podwyższone (łapka prąder.) | — | 18·01% | — |
| IV | 10 g. 37′ | zwykłe | 5.690.000 | 17·18% | 6·44% |

Doświadczenie IV.

Królik wagi 2370 gr.

| | godz. upustu | | l. c. czerw. | s. s. kr. | s. s. os. |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 05′ | 14·2 cm. | 4.216.000 | 15·96% | 8·31% |
| II | 10 g. 09′ | 15 cm. (pyszczek zaciśnięto) | 4.666.000 | 16·10% | 7·70% |
| III | 10 g. 16′ | 16·7 cm. (łapka prądem drażniona) | 4.631.000 | 16·02% | 7·77% |
| IV | 10 g. 21′ | 12·6 cm. — | — | 16·64% | 7·87% |
| V | 10 g. 25′ | 11·2 cm. — | 3.650.000 | 15·68% | 7·86% |

Z doświadczeń tych widzimy, że przy podwyższeniu parcia krwi sposobem mechanicznym, mamy, choć nieznaczne, zwiększenie się liczby c. czerwonych; z obniżeniem parcia krwi spada również i liczba ciałek. Sucha substancya krwi waha się tak w jednem, jak i drugiem doświadczeniu w granicach 1%. Znacznie jeszcze mniejszym wahaniom, bo w granicach 0·6%, ulega sucha substancya osocza.

## Przecięcie rdzenia kręgowego na wysokości drugiego kręgu szyjnego.

Doświadczenie V.

Królik szary, ważący 2000 gr. — Od godz. 10 m. 09 stosowano sztuczny oddech.

| | godz. upustu | ciśnienie | liczba c. cz. | s. s. krwi | s. s. osocza | osad ciałek |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 04′ | 13·6 cm. | 8.310.000 | 18·91% | 7·63% | — |
| II | 10 g. 23 | 12·6 cm. | 7.400.000 | 17·54% | 7·12% | — |
| III | 10 g. 51′ | 5·8 cm. (przecięto rdzeń) | 6.730.000 | 15·58% | 6·79% | — |

Po przecięciu rdzenia kręgowego zmniejsza się wprawdzie liczba ciałek czerwonych przy równoczesnem silnem obniżeniu parcia krwi, zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych jest jednak stosunkowo nieznaczne w stosunku do bardzo silnego obniżenia parcia.

## Doświadczenia ze strychniną.

Doświadczenie VI.

Królik wagi 2.400 gr. O godzinie 10 m. 11 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0·0001 *strychninum nitric.*

| | godz. upustu | ciśnienie | liczba c. czerw. | sucha subst. krwi | sucha sub. osocza |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 03′ | 14·2 cm. | 6 371.400 | 17·77% | 6·80% |
| II | 10 g. 08′ | 14 cm. | 7.400.000 | 18·18% | 6·80% |
| III | 10 g. 13′ | 17·2 cm. (strychnina) | 5.071.000 | 17·46% | 6·75% |
| IV | 10 g 22′ | 15·6 cm. | 4·971·400 | 17·19% | 6·38% |
| V | 10 g. 35 | 16·4 cm. | 4.657.000 | 16·95% | 6·67% |
| VI | 11 g 01′ | 16·2 cm (łapka prądem) | 5 971.400 | 17.31% | 6·73% |

Doświadczenie VII.

Królik wagi 2000 gr. biały. O godzinie 7 m. 08 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0.0001 *strych. nitricum*, a o 7 g. 52 m. ułożono królikowi pod nos watę, napojoną azotynem amylowym.

| | godz. upustu | ciśnienie | l. c. czerw. | sucha subst. krwi | sucha subst. os. |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 7 g. 03′ | 14·4 cm. | 7.666.000 | 19·75% | 8·19% |
| II | 7 g. 09′ | 16·1 cm. (strychnina) | 5.621.000 | 18·91% | 7·56% |
| III | 7 g. 21′ | 12·4 cm. | 5·400.000 | 19·01% | 8·83% |
| IV | 7 g. 28′ | 14·8 cm. (głaskanie powłok brzucha) | 6.100.000 | 18·71% | 8·39% |
| V | 7 g. 54′ | 13·2 cm. (amylnitrit) | 5.021.000 | 19·01% | 7·75% |

Doświadczenie VIII.

Królik wagi 2800 gr. O godzinie 10 m. 19 wstrzyknięto do żyły szyjnej 0·00015 *strychninum nitricum.*

| | godz. upustu | ciśnienie | l. c. czer. | sucha sub. kr. | such. s. osocz. | osad ciał. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 06′ | 18·6 cm. | 6.030.000 | 16·67% | 7·40% | 47% |
| II | 10 g. 15 | 16·6 cm. | 5.435.000 | 15·91% | 6·83% | 44% |
| III | 10 g. 21′ | 18·8 cm (strychnina) | 5.000.000 | 16·18% | 7·14% | 44% |
| IV | 10 g. 45′ | 18·4 cm. | 4.530.000 | 15·11% | 6·97% | 35·5% |
| V | 10 g. 56′ | 20 cm (ucisk pow. brzucha) | 4 971 000 | 14·99% | 6·90% | 29% |

Doświadczenie IX.

Królik wagi 2100 gr., biały. O godzinie 10 m. 12 wstrzyknięto pod skórę brzucha 0.0001 strychniny, a ponieważ ciśnienie się nie podnosiło, powtórzono wstrzyknięcie jeszcze raz o godzinie 10 m. 23. O godzinie 11 m. 01 upuszczono około 25 cm. krwi:

| | godz. upustu | ciśnienie | liczba ciał. czerw. | such. sub. krwi | sucha sub. osocz. |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 03′ | 16 cm. | 6.650.000 | 18·72% | 7·45% |
| II | 10 g. 08′ | 15·8 cm. | 6.375.000 | 18·57% | 7·14% |
| III | 10 g 34′ | 15·4 cm. (strychnina) | 6.828.500 | 17·79% | 7·10% |
| IV | 10 g. 39′ | 15·4 cm. (głaskanie powłok brzucha) | — | 17·78% | 7·08% |
| V | 11 g. 04 | 5·2 cm. | 5.000.000 | 15·37% | 6·20% |

Doświadczenie X.

Królik wagi 2150 gr. O godzinie 10 m. 09 upuszczono królikowi 25 cm³ krwi. O godzinie 10 m. 25 wstrzyknięto pod skórę brzucha 0.0001 strychniny; ponieważ po wstrzyknięciu strychniny ciśnienie słabo tylko podnosi się, więc dodano do działania strychniny jeszcze podnietę mechaniczną w postaci głaskania brzucha. Czwarty upust wykonano mimo to przy parciu prawie niepodwyższonem mimo działania strychniny i bodźca zewnętrznego.

| | godz. upustu | ciśnienie | l. c. czerw. | sucha subst. krwi | sucha subst. os. |
|---|---|---|---|---|---|
| I | 10 g. 03′ | 16·4 cm. | 6.528.500 | 18·61% | 7·48% |
| II | 10 g 07′ | 17·2 cm. | 6.578.500 | 18·56% | 7·02% |
| III | 10 g. 22 | 12·6 cm. (upust krwi) | 5 878.500 | 16·40% | 6·55% |
| IV | 10 g. 34′ | 12 cm. (strychnina i głaskanie brzucha) | 5.214.300 | 15·66% | 6·30% |
| V | 10 g. 39′ | 12.6 cm. (głaskanie brzucha) | 5.835.000 | 15·11% | 6·17% |

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej krakowskiej (Prof. Reiss).

## Przyczynek do histologii twardziny skóry *(sclerodermia)*.

Podał
Dr. Franciszek Krzyształowicz
docent dermatologii w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

W miejscach, graniczących ze skórą zdrową, tkanka klejorodna skóry właściwej nie tworzy tak równoległych, gęstych falowatych włókien, jak powyżej opisałem, a więcej kawałków krótkich, skośnie i poprzecznie przeciętych, wśród których drobne, krótkie włókna barwią się wyraźnie barwnikiem zasadowym. Włókna uważam za włókna kolacyny, gdyż barwią się jak elacyna, a układem należą do tkanki klejorodnej. Tak zmienioną tkankę spostrzegałem głównie na granicy skóry właściwej i warstwy brodawkowej.

W tym kawałku skóry, bliższej skóry zdrowej, ułożenie nacieków było także nieco odmienne, gdyż obok nacieków na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej widzi się je jeszcze i w samej skórze wzdłuż skośnie przebiegających, zwężonych naczyń, jakoteż w około naczyń, torebek włosowych i gruczołów skóry.

Nacieki, o których mowa, składają się przeważnie z komórek plazmatycznych różnej wielkości. (*Fig. 6*). W dolnych częściach skóry nacieki są obfitsze, złożone z komórek

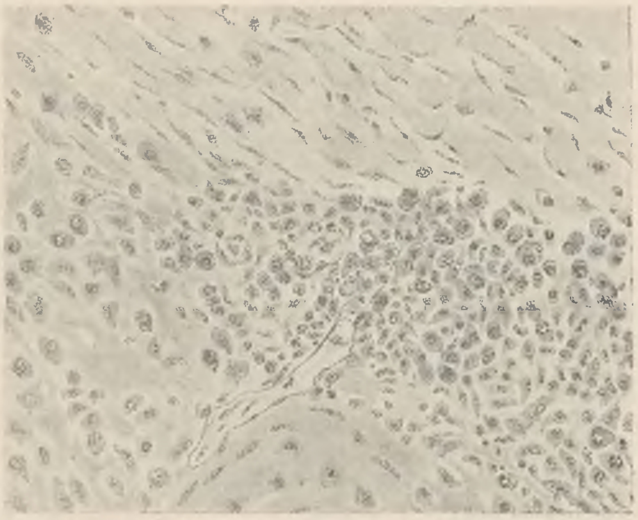


Fig. 6. Naciek na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej. Barwienie spos. Pappenheim-Unny. Powiększenie: immersya, 1.

plazmatycznych drobniejszych, gęsto obok siebie ułożonych, głównie wśród sieci tkanki tłuszczowej, obok tego zaś około naczyń gromadki są mniejsze, a wreszcie istnieją między wiązkami tkanki klejorodnej komórki pojedyncze, różańcowato ułożone. Komórki plazmatyczne około naczyń i gromadek mniejszych wśród tkanki klejorodnej są zazwyczaj mniejsze, dobrze rozwinięte. Komórek ziarenkowatych, t. zw. tucznych (Mastzellen) wśród gęstego nacieku nie spotykałem, na obwodzie jednak i w otoczeniu naczyń spotykałem je, chociaż w nieznacznej ilości.

Włókna elastyczne uległy podobnie, jak tkanka klejorodna, także pewnym zmianom. W tkance podskórnej widzi się włókna obfite, wężykowato pokręcone, w wiązkach ułożone. W dolnych częściach skóry właściwej są podobnie, jak tkanka klejorodna, mało zmienione, a dopiero ponad tym pasem skóry właściwej, względnie prawidłowej, włókna układają się falisto wzdłuż zwężonych i falisto biegnących pasm tkanki klejorodnej. (*Fig. 3*). Przez to ułożenie zbliżają się do siebie, a tem samem czynią wrażenie, jak gdyby były obfitsze i o jednakowym przebiegu, równoległym do powierzchni skóry. Z obrazu tego zatem nie można wnosić o zwiększeniu ilościowem tkanki elastycznej, a o braku zaniku tej tkanki i ułożeniu nieprawidłowem, bo odpowiadającem ułożeniu zanikających włókien tkanki klejorodnej. Im bliżej zaś warstwy brodawkowej skóry, tem luźniej występują wśród włókien równoległych drobne kawałeczki, w gromadkach albo w różańcach ułożone, świadczące o rozpadzie pojedynczych włókien elastycznych, a częściowo i o ich pokręceniu. Wreszcie do brodawek idą również włókna drobne, jedne w całości utrzymane, inne podobnie, jak powyższe, rozpadłe.

Co do barwliwości tkanki elastycznej nie spostrzega się zmiany w skórze właściwej; wszystkie włókna barwią się, jak w stanie prawidłowym, orceiną kwaśną.

Zmiany w naskórku są tylko małe. Warstwa zrogowaciała okazuje w niektórych miejscach lekkie zgrubienie, szczególnie przy ujściu torebek włosowych i gruczołów potnych. Reszta warstw naskórka bywa wyraźnie ścieńczała i to w dwóch kierunkach, bo smugi naskórka są wązkie, ścieńczałe i krótsze, niż prawidłowe, a równocześnie i komórki naskórka są mniejsze, niż w stanie prawidłowym. Wreszcie dolne warstwy naskórka zawierają większą ilość barwika, niż to zazwyczaj bywa.

Podobnie i części dodatkowe skóry są w różnym okresie zaniku. W kawałku skóry bliżej brzegu skóry schorzałej torebki włosowe i gruczoły potne są lepiej utrzymane. W górnej części skóry widzi się resztki torebek z wyraźnie lejkowatem ujściem i resztką zanikającego gruczołu łojowego. Przewody gruczołów potnych są widoczne w skórze właściwej, ale ścieśnione, o śródbłonku zmienionym, kłębki zaś ich okazują wyraźniejsze zmiany, bo nie tworzą takich splotów, jak w prawidłowej skórze, o wyraźnych przewodach, w różnym kierunku przeciętych i tworzących wyraźny kłębek owalny. Natomiast spostrzega się pojedyncze przewody kłębka od siebie oddzielone, wązkie i posiadające drobne komórki gruczołowe.

W innej części skóry zanik torebek i gruczołów jest jeszcze wybitniejszy, bo widzi się zaledwo resztki cienkich, zanikłych torebek, nie zawierających włosa i bez towarzyszącego gruczołu łojowego. Z kłębka potowego pozostaje także tylko reszta w postaci cienkiego przewodu, ukośnie w linii falistej przebiegającego.

W kawałku skóry, wyciętym z owrzodzenia, znajdują się dwojakie zmiany: jedne, odpowiadające podstawowej sprawie chorobowej, drugie — zmianom następowym, powstałym skutkiem owrzodzenia. Na granicy tkanki podskórnej w skórze właściwej niema nacieków, jak w poprzednio opisanej skórze, ale tylko widoczne zarośmięte naczynia, występujące najwyraźniej przy barwieniu włókien elastycznych. W tymże pasie uderza przedewszystkiem zmiana, dotycząca tkanki klejorodnej, która wygląda zupełnie inaczej, niż powyżej leżąca, a nawet, niż pasma jej w miejscu zanikającej tkanki tłuszczowej. Pierwszy szczegół stanowi prawie zupełny brak

włókien elastycznych, które przy barwieniu występują wyraźnie tylko w około zarosłych całkowicie lub częściowo naczyń. Następnie spostrzega się różnice w ułożeniu tkanki klejorodnej, która tworzy w tem miejscu pasma dość wązkie, równoległe do siebie i do powierzchni skóry ułożone, prawie prostolinijne, jakby więcej zbite, ale bez rysunku włókien w pasmach, który się widzi w stanie prawidłowym. Tkanka ta zmienia również swoją barwliwość, gdyż pochłania barwnik zasadowy tak, że nawet przy barwieniu błękitem metylowym Unny i odbarwieniu mieszaniną eterów glicerynowych (Glycerinaethermischung) przybiera odcień fiołkowo-czerwonawy. Komórki, między smugami tkanki klejorodnej leżące, są nieco obfitsze, niż zazwyczaj i więcej zbliżone do przerosłych komórek tkanki łącznej, niż do zwyczajnych komórek tej tkanki. Nacieków w tym pasie dolnej części skóry właściwej niema wcale. (*Fig.* 7).



Fig. 7. Środkowa część owrzodzenia, w dole resztki zarosłych naczyń, w górnej części nacieki zapalne. Powiększenie AA. 3.

Nacieki leżą w skórze owrzodziałej znacznie wyżej wzdłuż smug tkanki klejorodnej, a bliżej zgrubiałych warstw naskórka. W tym razie bowiem rzeczywiście można mówić o znacznym przeroście naskórka w postaci smug różnego kształtu i długości, wchodzących głęboko w skórę i tworzących w wielu miejscach, głównie w otoczeniu wrzodu, gęstą siatkę o luźnych okach. W miejscu owrzodzenia istnieją ubytki w zgrubiałym naskórku, dochodzące w niektórych miejscach do skóry właściwej, zawsze jednak pod tymi ubytkami są grube i głęboko sięgające smugi naskórka.

W skórze właściwej zaś znajduje się obok wybitnych nacieków, o których wspomniałem, otaczających smugi naskórka i złożonych z komórek plazmatycznych, jeszcze duża ilość ciałek wysiękowych i przerosłych komórek tkanki łącznej. Naczynia krwionośne tej warstwy skóry są w wielu miejscach rozszerzone, — niektóre wypełnione ciałkami wysiękowemi.

Powierzchnia wrzodu jest pokryta częściowo strupem, złożonym z ciałek wysiękowych i niezupełnie zrogowaciałych, zawierających jądra komórek naskórka. Ciałka wysiękowe przenikają także przestwory między komórkami naskórka, tworząc tu i owdzie drobne ropnie.

W tkance klejorodnej widać w górnych częściach zmiany, spostrzegane zazwyczaj przy sprawach zapalnych. W miejscach nacieków tkanka klejorodna jest rozsunięta, w wielu miejscach obrzękła, której towarzyszą wyraźne, chociaż skąpe włókna elastyczne, — a w całości ta część robi wrażenie, że sprawa zapalna rozwinęła się w skórze nieprawidłowej, w której już przed wystąpieniem nacieków i wysięku tkanki były zmienione.

Najważniejszą zatem zmianą, którą z opisu tego podnieść należy, jest zmiana naczyń, doprowadzająca do zaciśnięcia światła, a wreszcie i zupełnego zaniku naczynia. Obok tego najwybitniejszą rolę grają zmiany tkanki klejorodnej, wreszcie włókien sprężystych. Jaki związek istnieje między obu temi grupami zmian? o ile jedne zależą od drugich? które są pierwotne, a które następowe? — to są przedewszystkiem pytania, na które odpowiedź może rzucić pewne światło na patogenezę choroby.

W części skóry najmniej zmienionej znajdują się w tkance podskórnej nacieki, — o których tak mało wspominają autorowie, badający histologicznie tę sprawę chorobową, — w znaczniejszej ilości, niż w skórze właściwej, w której zaledwo tu i owdzie widzi się je w małej ilości około drobniejszych naczyń. Już w tym okresie spostrzega się nacieki około naczyń, zwężające ich światło lub wywołujące częściowe ich zarośnięcie. Tkanka klejorodna równocześnie ulega zmianom, — spotykamy już smugi węższe, jakby na drobniejsze włókna rozdzielone, ułożone nieprawidłowo i o zmienionej barwliwości. Włókna sprężyste układają się w stosunku do smug tkanki klejorodnej, przez co sprawiają wrażenie, jakby były liczniejsze.

W okresach więcej rozwiniętej choroby naczynia są więcej zmienione, a chociaż naciek, obejmujący je, ustąpił w znacznej części, zmiany w tkance klejorodnej postąpiły znaczniej, zanik włókien jest coraz wybitniejszy z równoczesnym rozpadem włókien elastycznych. Stwierdzić zatem można, że dwie te sprawy: około naczyń i w tkance klejorodnej, idą równolegle, — przypuszczać zatem należy ich zależność od siebie. Wprost nie można wnosić, że nacieki w tkance tłuszczowej, tak wybitnie rozwinięte, nacieki około naczyń, głównie tętniczych, powstały skutkiem zbicia się tkanki klejorodnej i jej zaniku. To też tylko naodwrót przypuścić trzeba, że skutkiem jakiejś nieznacznej przyczyny powstaje sprawa zapalna około dużej sieci naczyń, leżących na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej, — objawiająca się wspomnianymi naciekami, które uciskając naczynia i doprowadzając powolnie do zarośnięcia ich światła, wywolują z jednej strony zanik tłuszczu i zwłóknowacenie tkanki podskórnej, a z drugiej zmiany tkanki klejorodnej i tkanki sprężystej w skórze właściwej. To też, o ile w początkach sprawy spostrzega się jeszcze utrzymane, chociaż zmienione i naciekiem otoczone torebki włosowe i gruczoły potne, o tyle później istnieją zaledwo szczątki tych tworów. Sama sprawa powolnego zaniku również na to naprowadza, bo tkanka klejorodna jako mniej odporna ulega najpierw zmianie, a dopiero później spostrzega się rozpad włókien elastycznych.

Zwężeniem naczyń zatem, głównie tętniczych, — bo żylne w wielu miejscach są rozszerzone, — upośledzeniem

w odżywieniu tkanek tłómaczyć jedynie można zmiany tkanki klejorodnej w skórze właściwej, jednolitość (Homogenisierung) tej tkanki w brodawkach, zanik gruczołów, a wreszcie i rozpadanie się włókien sprężystych, t j. zmiany, które spotykamy wtedy, gdy widzimy równoczesne zmiany w naczyniach, jak n. p. w skórze starców, w kile późnej i t. p.

Przerostu tkanki klejorodnej, o którym wzmianki spotyka się u niektórych autorów, nie spotykałem nigdzie, — natomiast zbicie się jej i zwyrodnienie. Najwybitniejsze zmiany jednak widzi się około dużych naczyń dolnej części skóry właściwej, gdzie leży naczynie o tak zmienionych ścianach, jak to powyżej opisałem. W około naczynia tkanka klejorodna wyraźnie zanika, tworzy wązkie smugi, do siebie równoległe i o zmienionej barwliwości. Opisu tak zmienionego naczynia nigdzie w literaturze twardziny nie znalazłem, — a jest ono bardzo znamienne, bo tą zmianą wytłómaczyć można przekształcenie tkanki klejorodnej, nietylko najbliżej leżącej, otaczającej je, ale i tkanek skóry właściwej. Podobnie tą zmianą tkanki łącznej włóknistej, — która staje się mniejszą co do objętości, ale twardszą, niejako suchszą, — a zatem rzeczywistem stwardnieniem i ścieńczeniem skóry w całości, tłómaczy się wrażenie kliniczne skóry cienkiej, twardej i napiętej, a stąd i nazwa twardziny (*sclerodermia*).

Wiele tłómaczy również wycięty kawałek owrzodzenia. Przedewszystkiem z obrazu histologicznego widoczna, że ubytek powierzchni jest przypadkowy, że nie należy do zasadniczego obrazu zmiany. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że ubytki powierzchni skóry powstają w tym razie dość rzadko nawet w skórze wybitnie zmienionej i najczęściej pod wpływem jakiegoś czynnika szkodliwego, działającego od zewnątrz, że nie należą one do całości obrazu chorobowego. Dlatego ubytek powstaje w miejscu, najwięcej narażonem na urazy, — jak w tym razie w okolicy stawu kolanowego.

W obrazie drobnowidowym owrzodzenia zwraca uwagę przedewszystkiem granica skóry właściwej i tkanki podskórnej, gdzie leżą nacieki w zmienionej skórze. Tymczasem w tym okresie zmiany daleko posuniętej skóra zlała się zupełnie z tkanką podskórną, a w miejscu nacieków widzi się zmienioną tkankę klejorodną, prawie w zupełnośc pozbawioną tkanki sprężystej, która utrzymała się częściowo tylko w ścianach zarosłych naczyń. Tu zatem sprawa chorobowa zdaje się być ukończoną, — a powyżej dopiero istnieją w samej skórze objawy zapalenia przewlekłego, jakie spotyka się w około długotrwałych owrzodzeń. Nacieki zatem, złożone z bardzo dobrze rozwiniętych komórek plazmatycznych, leżą głównie w około smug naskórka; zresztą zaś obraz histologiczny jest trochę zatarty przez wysięk ropny, powstały skutkiem zakażenia ubytku od zewnątrz. Również i przerost naskórka powstał w następstwie długotrwałego owrzodzenia i ciągłego drażnienia od zewnątrz z jednej strony, a upośledzonego odżywienia samej skóry z drugiej Stąd i w tym razie, sądząc z obrazu drobnowidowego, obawiaćby się można, jak we wszystkich owrzodzeniach przewlekłych (kiłowych, gruźliczych, wrzodach goleni i t p,) powstania w miejscu owrzodzenia raka skórnego (*epithelioma*).

Ze względu zatem na patogenezę zwrócić należy w pierwszym rzędzie uwagę na zmiany naczyń, jak to czynią Rasmussen, Neumann, Dinkler, Wolters, Lewin i Heller, Hoffa, Lindström, Franken, Oro, Notthaft, Hekken, Leredde i Thomas, — a następnie zmianom przypisać także najważniejsze znaczenie w rozwoju sprawy chorobowej. Jednak z tego obrazu naczyń, jakoteż następowych zmian anatomicznych nie można sądzić o przyczynie choroby. Nawet porównanie ze sprawą, bardzo do twardziny zbliżoną, t. j. zanikiem skóry rozlanym, a właściwie z jakąś sprawą zapalną około naczyń, która do zaniku doprowadza (*atrophia cutis idiopathica diffusa*) — niczego nam nie tłómaczy. Początkowo tak w jednej, jak w drugiej sprawie zmiany dotyczą ścian naczyniowych i ich otoczenia, — podobnież następuje zanik tłuszczu tkanki podskórnej i zlanie się tej tkanki ze skórą właściwą; — jednakże następstwa tych spraw chorobowych są nieco odmienne. W zaniku skóry następuje szybki zanik tkanki klejorodnej, gruczołów skóry, a wreszcie ścieńczenie skóry z zupełnym zanikiem włókien elastycznych. W twardzinie rozwija się pomału nieznaczny zanik włókien tkanki klejorodnej, ale głównie zwyrodnienie tkanki klejorodnej, jej zbicie się i stwardnienie, a tylko częściowy rozpad jej włókien, jak i włókien elastycznych, — zupełnego jednak zaniku nigdzie nie spotykałem, a o takim wspomina tylko Hekken i Zarubin i to w górnych częściach skóry.

W obu tych sprawach chorobowych zatem wskazać należy na nacieki, które dowodzą zapalenia przewlekłego, — powstałego z nieznanej przyczyny, bo pomimo licznych przypuszczeń etyologia twardziny jest, jak dotąd, także ciemna. Najbliższem może prawdy byłoby, przypuszczać w obu tych sprawach jako przyczynę jakieś zakażenie ustroju, co kliniczne poszukiwania etyologii w części potwierdzają; — w każdym razie zdanie to musi pozostać tylko przypuszczeniem, a w przyszłości dopiero spostrzeżenia kliniczne od samego początku sprawy chorobowej i szczegółowe badania anatomiczne, tak obficie już nagromadzone, wyjaśnią etyologię i patogenezę tych spraw chorobowych

W końcu składam gorące podziękowanie JW. Prof. W. Reisowi za łaskawe odstąpienie do opracowania powyższych przypadków.

III. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego (Prof. Dra Gluziński).

## O wpływie naświetlania promieniami Roentgena na przebieg białaczki.

Podał

Dr. Maryan Franke,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Zanim wogóle zastanowimy się nad zmianami, spostrzeganymi u naszych chorych, trzeba odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany te można uważać za następstwo działania promieni Roentgena, czy też uważać je należy za samoistne zwolnienia, spostrzegane nieraz u chorych na białaczkę. Jako dowód na to, że w przypadkach białaczki, naświetlanych promieniami X., promienie te istotnie bezpośrednio skutkują, przytoczę chyba przypadek drugi, w którym jedno naświetlenie wywołało tak znaczne zmiany co do składu krwi

i stanu śledziony, że chyba o przypadkowym zbiegu okoliczności myśleć nie można, a zresztą stałość, z jaką następowały zmiany u naszych chorych, jak i w innych opisanych przypadkach, musi służyć za dowód, iż twierdzenie o działaniu promieni Roentgena na białaczkę jest słuszne.

Przechodząc do szczegółów, sądzę, że na pierwszym planie postawić należy zachowanie się ciałek białych krwi. Jak widzimy, we wszystkich naszych przypadkach białaczki szpikowej zauważyć można zmniejszanie się z rozmaitą szybkością liczby ciałek białych krwi. Najbardziej wybitny spadek liczby ciałek białych był w naszym drugim przypadku, bo u tej chorej liczba ciałek białych w 14 godzin po pierwszem naświetleniu spadła odrazu do połowy poprzedniej liczby (t. j. z 342000 do 182000). Tak nagłego spadku nie spostrzegaliśmy w innych naszych przypadkach, ani też w żadnym z dotychczas ogłoszonych przypadków, o ile mi wiadomo, takiego spadku nie spostrzegano W przypadku znów naszym pierwszym i trzecim zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi postępowało powoli, a stale, prawie bez wahań, aż do ilości stosunkowo prawidłowej (w przypadku I do 6500, w III do 11000). W przypadku II natomiast liczba ciałek białych krwi ciągle się wahała i najniższa liczba wynosiła 63000, potem zaś znowu zauważyć można było przyrost ciałek białych mimo dalszego naświetlania. Pod tym względem przebieg u naszych chorych był podobny, jak u chorych, spostrzeganych przez innych badaczy, którzy podają, że są przypadki, w których spadek liczby ciałek białych powoli następuje aż do prawidłowej, a nawet niżej prawidłowej liczby (Rodhe (5) 4000, Cahen (6) 4300, Bryant and Crane (7) 4500); inne zaś przypadki są oporne i liczba ciałek albo wcale nie opada, albo tylko nieznacznie.

Przechodząc do zachowania się poszczególnych postaci ciałek białych krwi wśród naświetlań, widzimy najjaśniejszy obraz w naszym przypadku drugim, w którym po pierwszem naświetleniu liczba ciałek białych krwi spadła do połowy. Obliczając w tym przypadku bezwzględne liczby ciałek białych w 1 mm.³ krwi przed i po naświetlaniu pierwszem, stwierdzamy, że najbardziej ubyło myelocytów neutrofilnych, bo z 109440 w 1 mm.³ (przed naśw.) spadła ich liczba do 34580 w 1 mm.³ (po naśw.), czyli zmniejszyła się do $^1/_3$ poprzedniej ilości. Znaczny także spadek dotyczy komórek tucznych, bo z 11286 do 2912, a bardzo tylko nieznacznie zmniejszyła się liczba ciałek wielojądrzastych neutrofilnych, bo spadła z 198360 do 156944 w 1 mm.³ krwi; innych postaci zaś, prócz limfocytów, które spadły z 8550 do 2912 w 1 mm.³, nieznacznie tylko ubyło. (Myelocyty eozynochłonne i ciałka białe krwi jednojądrzaste duże nieco wzrosły równocześnie (?)) Za dowód, że wpływowi promieni Roentgena ulegają przedewszystkiem myelocyty, posłużyć może dalsze zachowanie się ich w tym samym przypadku, w którym bez naświetlań w przeciągu tygodnia liczba myelocytów spadła do 10580 w 1 mm³ krwi, a więc do $^1/_{10}$ liczby pierwotnej, gdy równocześnie liczba wielojądrzastych neutrofilnych spadła do 66884 t. j. tylko do $^1/_3$ liczby poprzedniej. Tak, jak w tym przypadku (II), podobnie i w przypadkach I i III (patrz tabl. I i III) niestosunkowo szybciej zmniejsza się liczba myelocytów, niż wielojądrzastych. Pod tym względem zgadzamy się z tem, co naprzykład podaje Krehl (8), ale takiego wybitnego dowodu, jakiego dostarcza nam nasz przypadek drugi, znaleźć nie mogłem w żadnej z ogłoszonych w tym kierunku prac. Do zupełnego zniknięcia myelocytów ze krwi, jak to podają inni, u naszych chorych nie doszło, lecz osiągnęliśmy tylko spadek do 0·7% = 45 myelocytów w 1 mm.³ krwi (przyp. 1).

Ciekawem również jest zachowanie się komórek tucznych, których liczba w przypadku II z początku znacznie spadła w 1 mm.³ krwi, później zaś liczba ich wzrasta, i tak piątego dnia po I naświetleniu dochodzą one do liczby takiej, jak przed naświetleniem, t. j. 11139 w 1 mm.³ krwi (9·4%); w dalszym przebiegu znowu są wahania. Również w przypadku I i III zmniejsza się ich liczba niestosunkowo wolniej, niż ogólna liczba ciałek białych (tem samem stosunek do innych ciałek białych wzrasta), aż wreszcie i odsetkowo i bezwzględnie przeważają nad myelocytami. Podobne zachowanie się komórek tucznych podają Mayer i Eisenreich (9), Fränkel (10), Müller (11), Hynek (12) i t. d.

Co do limfocytów, to z wyjątkiem przypadku II liczba ich odsetkowo prawie stale wzrasta, a bezwzględnie spada, ale równolegle ze spadkiem ogólnym ciałek białych krwi; mniejwięcej podobnie zachowują się i komórki przejściowe.

Dalej szczególną uwagę zwracaliśmy na zachowanie się ciałek białych krwi o ziarninie neutrofilnej, wykonywując nasze badania sposobem, podanym przez Arnetha (13).

Jak wiemy, Arneth, opierając się na zachowaniu się kształtu i liczby jąder ciałek białych neutrofilnych, podzielił je na pięć klas z odpowiedniemi poddziałami, zaliczając neutrofile o jednem jądrze do klasy I, o dwu jądrach do klasy II i t. d.; przytem znalazł on, że u ludzi zdrowych istnieje zawsze pewien stały stosunek poszczególnych klas do siebie, a mianowicie, że suma ciałek w pierwszych dwu klasach wynosi około 45%, a w dalszych trzech około 55%. Dalej stwierdził Arneth, że stosunek ten zmienia się w rozmaitych stanach chorobowych i to przedewszystkiem zmienia się na korzyść obu pierwszych klas. Na podstawie tych spostrzeżeń wprowadza on nowe nazwy, nazywając „izo“ stan, w którym stosunek poszczególnych klas neutrofilów jest taki, jak u ludzi zdrowych, a „anizo“ nazywając stan, w którym stosunek poszczególnych klas jest zmieniony; przytem używa określeń: „hyper-, normo-, hypo-cytosis“, gdy liczba ciałek białych krwi jest wogóle zwiększona, prawidłowa lub niższa niż prawidłowa.

W naszych wszystkich trzech przypadkach białaczki szpikowej stwierdzamy (patrz tablica I, II, III) przed rozpoczęciem naświetlań zupełnie zmieniony stosunek odsetkowy poszczególnych klas Arnetha i to na korzyść obu pierwszych klas, które w przypadku I i III obejmują 90% wszystkich neutrofilów tak, że jestto stan, który Arneth nazywa *anizo-hypercytosis*, t. j. nieprawidłowy stosunek poszczególnych postaci ciałek neutrofilnych do siebie, przy zwiększonej liczbie ciałek białych krwi w 1 mm.³ wogóle. Badając wśród naświetlań zachowanie się ciałek neutrofilnych co do klas Arnetha, widzimy, że w przypadku I i III razem ze spadkiem ogólnej liczby ciałek białych krwi zmniejsza się i ilość neutrofilów w klasie I i II; widzimy zatem dążność ku stosunkowi prawidłowemu, i to w przypadku najkorzystniejszym co do stanu krwi, t. j. w I, stosunek ten zbliża się więcej do prawidłowego, niż w przy-

padku trzecim, w którym spadek ogólny ciałek białych krwi nie dochodzi do liczb prawidłowych. Stosunku różnych postaci neutrofilów krwi do siebie, jaki Arneth podaje na podstawie swych licznych badań, jako typ prawidłowy, nie znaleźliśmy nawet wtedy, gdy liczba ciałek białych krwi wogóle doszła do prawidłowej, bo w przypadku I przy 6550 ciałek białych w 1 mm.³ I i II klasa Arnetha zawiera przecież 70% wszystkich neutrofilów, gdy prawidłowo zawierać powinna około 45%. Wyrażając się słowami Arnetha, znajdujemy z końcem spostrzegania *anizo-normocytosis*.

Dodać muszę, że w przypadkach, dotychczas ogłoszonych, w których liczba ciałek białych krwi z końcem naświetlań była prawidłowa, a myelocyty znikły zupełnie, autorowie nie wykonali badań sposobem Arnetha; a szkoda, bo przez to nie wiadomo, czy krew nazywana przez nich „prawidłową“, przecież nie przedstawiałaby wówczas stanu anizonormocytozy tak, że nie moglibyśmy mówić o powrocie krwi do stanu prawidłowego.

Dla jaśniejszego obrazu przytoczę z przyp. I dokładną tabliczkę, ułożoną według klas Arnetha.

TABLICA IV[1]).

| | I | | | II | | | III | | | | IV | | | | | V | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dzień | M. | W. | T. | 2K. | 1K1S. | 2S. | 3K. | 2K1S. | 2S1K. | 3S. | 4K. | 3K1S. | 2K2S. | 1K3S. | 4S. | 5K. | 4K1S. |
| 5/2 | 23 | 10 | 14 | 6 | 18 | 19 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | — | — | — | 1 | — |
| 9/2 | 25 | 10 | 27 | 6 | 8 | 13 | — | 7 | 3 | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| 13/2 | 20 | 8 | 30 | 8 | 10 | 12 | 1 | 5 | — | 2 | 3 | 1 | — | — | — | — | — |
| 16/2 | 20 | 18 | 28 | 1 | 12 | 11 | 1 | 5 | 2 | — | 2 | — | — | — | — | — | — |
| 17/2 | 9 | 18 | 18 | 4 | 17 | 15 | 5 | 7 | 4 | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — |
| 21/2 | 15 | 13 | 25 | 10 | 12 | 15 | 2 | 6 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| 23/2 | 11 | 9 | 23 | 7 | 23 | 13 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | — | — | — | — | — |
| 27/2 | 14 | 9 | 23 | 7 | 19 | 19 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| 28/2 | 9 | 9 | 20 | 5 | 23 | 23 | 1 | 4 | 4 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — |
| 3/3 | 11 | 8 | 20 | 6 | 20 | 19 | 1 | 8 | 2 | 2 | — | — | 2 | 1 | — | — | — |
| 5/3 | 2 | 10 | 19 | 10 | 9 | 23 | 8 | 9 | 5 | — | 3 | 2 | — | — | — | — | — |
| 15/3 | 7 | 5 | 20 | 3 | 18 | 20 | 5 | 6 | 7 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | — |
| 16/3 | 10 | 6 | 15 | 6 | 23 | 11 | 4 | 11 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | — | — | 1 | 1 |
| 20/3 | 4 | 4 | 9 | 7 | 19 | 20 | 4 | 12 | 8 | 3 | 3 | 3 | 2 | — | — | 1 | 1 |
| 23/3 | 4 | 3 | 12 | 9 | 23 | 18 | 8 | 12 | 6 | 1 | 2 | 2 | — | — | — | 1 | — |

[1]) Uwaga: By nie wprowadzać zamieszania, użyłem znaków, podanych przez Arnetha i tak M = myelocyt, W = wenig eingebuchteter Kern, T = tief eingebuchteter Kern, K = Kern, S = Schlinge, I, II, III, IV, V oznacza klasy.

Z tabliczki tej jasno wynika: 1) przesuwanie się wśród naświetlań ciałek neutrofilnych w kierunku na prawo, to znaczy zmniejszanie się liczby ciałek w pierwszych dwu klasach na korzyść następnych; 2) stan anizonormocytozy pod koniec spostrzegania, o czem wyżej mówiłem.

Dla porównania przytoczę stosunek, podany przez Arnetha, znaleziony u osobnika zdrowego ze stanem krwi prawidłowym.

| I | | | II | | | III | | | | IV | | | | | V | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M. | W. | T. | 2K. | 1K1S. | 2S. | 3K. | 2K1S. | 2S1K. | 3S. | 4K. | 3K1S. | 2K2S. | 3S1K. | 4S. | 5K. | 4K1S. |
| | | 7 | | 27 | 12 | 1 | 17 | 13 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | | 2 | |

Dla wytłómaczenia przyczyny zmniejszania się liczby ciałek białych we krwi obwodowej pod wpływem naświetlań podnieść należy, że trudno przypuścić, by powstawało ono wskutek nierównomiernego rozłożenia ich w ustroju, więc wskutek nagromadzania się ich w narządach miąższowych, jak to przyjmują Schleip i Hildebrand (14), ale wskutek rozpadu ciałek, za czem przemawia zwiększone zjawianie się w moczu kwasu moczowego równocześnie ze spadkiem liczby ciałek białych we krwi (Strümpel-Krause (15). Doświadczenia nasze w tym kierunku dały wynik niejasny; wobec tego je pomijam.

Przy badaniu krwi naszych chorych zwróciliśmy również uwagę na to, aby odpowiedzieć na pytanie, czy wskutek rozpadu znacznej liczby ciałek białych krwi, surowica krwi nie nabiera własności leukotoksycznych dla ciałek białych krwi wogóle, a przedewszystkiem dla ciałek białych krwi w białaczce. Do doświadczeń w tym celu użyliśmy surowicy krwi z przypadku drugiego i to z pierwszego tygodnia po pierwszem naświetlaniu, gdy rozpad ciałek białych był gwałtowny. Sprawę samą badaliśmy pod mikroskopem w cieplarce w kropli wiszącej przy stałej ciepłocie 37° C., a jako wynik podać mogę, że surowica ta ani nie wywoływała rozpadu, ani nie rozpuszczała ciałek białych krwi tak osobników zdrowych, jak i dotkniętych białaczką. (Czas trwania badania wynosił 24 godziny). Szczegół ten podnoszę jako ważny dla dalszych rozpatrywań.

Nad zachowaniem się ciałek białych krwi w naszym czwartym przypadku nie zatrzymuję się, bo za krótko go spostrzegaliśmy. Aby skończyć ze zmianami, zachodzącemi we krwi pod wpływem naświetlań, dodam, że ciekawem również jest zachowanie się ciałek czerwonych krwi. Liczba ich w 1 mm.³ krwi we wszystkich przypadkach wzrosła, w jednych szybciej, w drugich wolniej, a z końcem spostrzegania dochodziła granic prawidłowych.

Przechodząc do innych objawów, właściwych białaczce,

stwierdzamy, że i te uległy znacznej zmianie pod wpływem naświetlań: i tak przedewszystkiem śledziona zmniejszała się u naszych chorych znacznie pod wpływem naświetlań i to mniejwięcej równolegle do spadku liczby ciałek białych we krwi. Najznaczniej śledziona zmniejszyła się w przyp. III, a w żadnym nie widzieliśmy powrotu do rozmiarów prawidłowych. Równocześnie zauważyć można było ustępowanie bolesności kości. Podnieśliśmy już poprzednio znaczną poprawę stanu ogólnego: łaknienie wzmogło się, siły wzrosły, a waga podniosła się, najwybitniej w przyp. II, bo o 12 kg.

Przeglądając dotychczas ogłoszone przypadki białaczki, naświetlane promieniami Roentgena, widzimy, że przebieg ich jest mniejwięcej podobny do naszych [2]).

Senn i pierwsi badacze w tym kierunku mówią o wyleczeniu białaczki pod wpływem naświetlań promieniami X., ale dalsze śledzenie przebiegu dowiodło, że nieraz bardzo szybko po ukończeniu naświetlań wracały dawne objawy, o czem świadczy i nasz trzeci przypadek; widzimy bowiem, że w miesiąc po ukończeniu naświetlań krew wróciła znów do stanu, właściwego białaczce, śledziona wzrosła, a z końcem czwartego miesiąca po naświetlaniach doszła do rozmiarów pierwotnych, we krwi zaś były również zmiany tego samego stopnia, jak przed naświetlaniem. Na podstawie tak naszych, jak i innych spostrzeżeń musimy powiedzieć, że, jak dotychczas, o wyleczeniu białaczki promieniami Roentgena mowy być nie może, a wyniki, uzyskane tym sposobem, możemy uważać tylko za zwalniania (remisye) sprawy chorobowej, może niejako powrót do *„stadium aleucaemicum“* białaczki. Podnieść jednak należy, że zwalniania te mogą trwać i dłuższy czas, jak n. p. w przypadku Schützego (16) przez 4 lata, tak, że ostatecznie musimy uważać nietylko za usprawiedliwione, ale wprost za wskazane, użyć w celach leczniczych promieni Roentgena w każdym przypadku białaczki tak szpikowej (*myeloides*), jak i limfatycznej (*lymhoides*). Wiemy przytem, że dotychczas żadnymi innymi środkami nie mogliśmy tak korzystnie, a prawie pewnie wpłynąć na przebieg białaczki, zwłaszcza szpikowej, wprawdzie tylko na pewien przeciąg czasu.

Nie możemy jeszcze pominąć sprawy powikłań, jakie przy naświetlaniu mogą nastąpić. Nie chcę tu mówić o zmianach na skórze, bo o nich wspomniałem już wyżej, ale wspomnieć muszę o ostrem zapaleniu nerek, które rozwinęło się w trzecim naszym przypadku; przebiegło ono na szczęście pomyślnie w przeciągu kilku miesięcy. To zapalenie nerek musimy uważać z wielkiem prawdopodobieństwem za powikłanie nie przypadkowe, bo za tem zdają się przemawiać doświadczenia Linsera i Helbera (17), którzy po naświetlaniu promieniami X. stwierdzali u zwierząt zawsze objawy zapalenia nerek, a odnoszą je do leukotoksyn, powstałych wskutek rozpadu ciałek białych krwi. Że to powikłanie nerkowe zdarza się u ludzi, dotkniętych białaczką, pod wpływem promieni X. bardzo rzadko, świadczy ten fakt, że tylko Schleip i Hildebrand (14) spostrzegali je w przypadku, przez siebie opisanym.

[2]) Dokładne zestawienia podaje Wendel (Zur Roentgenbehandlung der Leukaemie, Münch. med. Woch. 1905, Nr. 4) i Dr. de la Camp (Therapie der Gegenwart, 1905, Heft 3).

Pod koniec trzeba jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób należy wytłómaczyć działanie promieni Roentgena na objawy białaczki.

Wskazówki w tym kierunku dają nam doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez Heinekego (18, 19) i Milchnera & Mossego (2), którzy stwierdzili, że u zwierząt po naświetleniu promieniami X. nastaje rozpad komórek, w pierwszym rzędzie miąższu śledziony i tkanki limfatycznej wogóle w całym ustroju, później zaś rozpad komórek szpiku kostnego; w następstwie tych zmian zmniejsza się liczba ciałek białych we krwi.

Opierając się na tych doświadczeniach na zwierzętach i na spostrzeganiu naszych chorych możemy z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić, że zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi w białaczce jest następstwem zmian, zaszłych pod działaniem promieni Roentgena, w tkankach białaczkotwórczych, a w odniesieniu do naszych przypadków, przedewszystkiem następstwem zmian w tkance białaczkotwórczej śledziony, bo naświetlaliśmy tylko okolicę śledziony. Jakże inaczej bowiem wytłómaczyć sobie ten nagły spadek liczby ciałek białych krwi po jednem naświetleniu okolicy śledziony w naszym drugim przypadku; za tem zdaje się przemawiać równoległość między zmniejszaniem się śledziony i spadkiem liczby ciałek białych, a później naodwrót równoległość między zwiększaniem się śledziony i zwiększaniem się liczby ciałek białych we krwi (przyp. III). Niepodobna przyjąć, aby zmniejszanie się liczby ciałek białych krwi było następstwem bezpośredniego działania promieni X. na same ciałka białe, krążące we krwi, jak to na podstawie doświadczeń na zwierzętach przyjmują Linser i Helber (17), gdyż sprzeciwiają się temu spostrzeżenia Joachima i Kurpjuweita (21), którzy nie zauważyli żadnej zmiany ani ilościowej, ani jakościowej, we krwi w przypadku białaczki, w którym przez dwa tygodnie naświetlali tylko wątrobę. Nie możemy również myśleć o rozpadzie ciałek białych pod wpływem leukotoksyn, któreby mogły powstać we krwi pod wpływem promieni X., bo w naszych przypadkach nie mogliśmy we krwi wykryć żadnych leukotoksyn, jak to już wyżej wspomniałem. Z tego powodu dochodzimy do przekonania, że promienie Roentgena wywołują rozpad tkanin białaczkotwórczych, w naszych przypadkach w śledzionie, a za następstwo tego rozpadu musimy uważać spadek liczby ciałek białych we krwi.

Cofanie się objawów, właściwych białaczce, pod wpływem naświetlania jedynie tylko samej śledziony wiąże się jeszcze z jednem zagadnieniem, ważnem dla patogenezy tego cierpienia, a mianowicie co do znaczenia udziału śledziony w powstawaniu zmian krwi i co do roli śledziony w białaczce, zwłaszcza szpikowej. Nie chcę jednak wchodzić w spór między zapatrywaniami Ehrlicha i Pinkusa z jednej, a Neumanna i Pappenheima z drugiej strony, bo zadaleko odbiegłbym od właściwego zadania niniejszej pracy.

**Piśmiennictwo.** 1) Senn: Case of splenomedullary Leukaemia successfully treated by the use of the Röntgen ray. (Medical Record, 1903 refer. w Folia haematologica 1904 Nr. 3). — 2) Sprawa leczenia białaczki promieniami Roentgena (Sprawozdanie zbiorowe). Przegląd lekarski 1905 Nr. 12 — 3) Umfrage über die Behandlung der Leukämie mit Roentgenstrahlen (Medicin. Klinik 1905 Nr. 6—8). — 4) Kongress für innere Medicin in Wiesbaden (Bericht). (Wiener klinische Wo-

chenschrift 1905 Nr. 18—19). — 5) Rodhe: Nordisk Tidsskrift for Terap. 1904 Nr. III 2 ref. München. med. Wochenschft. 1905 str. 328. 6) Cahen: Ein Fall von Leukaemie mit Roentgenstrahlen behandelt (Münch. med. Wochschft. 1904 Nr. 48). — 7) Bryand and Crane (Medical Record 1904). — 8) Krehl (Medicin Klinik Nr. 7 Umfrage). — 9) Meyer i Eisenreich: Die Behandlung der Leukaemie mit Roentgenstrahlen (Münch. med. Wochft. 1905 Nr. 4). — 10) Fränkel (Medicinische Klinik Nr. 6. Umfrage). — 11) Müller (Münch. med. Wochenschrift 1905). — 12) Hynek: (Sbornik klinicky 1904 R. VI, zeszyt I). — 13) Arneth: Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten. Jena 1904. — 14) Schleip i Hildebrandt: Beitrag zur Behandlung der myelogenen Leukaemie mit Roentgenstrahlen (Münch. med. Woch. 1902 Nr. 9). — 15) Medicinische Klinik Nr. 8, Umfrage i Bericht über Kongress d. in. Med. in Wiesbaden (Wiener klin. Wochenschrift 1905 Nr. 19. — 16) Schütze: (Medicin. Klinik 1905 Nr. 11). — 17) Helber i Linser: Experimentelle Untersuchungen über die Roentgenstrahlen auf das Blut. (Münch. med. Woch. 1905 Nr. 15). — 18) Heineke: (Münchener medicin. Wochenschrift 1904 Nr. 18). — 19) Heineke: (Mitteil. a. d. Grenzgeb d. Med. und Chir. 1904 Bd. XIV). — 20) Milchner i Mosse: (Berlin. klin. Wochenschrift 1904 Nr. 49). — 21) Joachim i Kurpjuweit: (Deutsche med. Wochen. 1904 Nr. 49).

## IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Rafał Spira. **Krótki zarys nauki o chorobach usznych dla kształcącej się młodzieży i lekarzy praktycznych.** Kraków 1905.

Liczba podręczników polskich pomnożona została w tych dniach podręcznikiem chorób usznych. Książka ta wyszła w powszechnie znanem „Wydawnictwie dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie“, a autor poświęcił ją założycielowi „Wydawnictwa“.

W oddziale ogólnym swej książki opisuje autor, — na wzór znanej dyagnostyki Alberta, — symptomatologię, etyologię, sposoby badania i ogólne leczenie chorób usznych. Część ta zajmuje 72 stronnic, pisana jest zrozumiale, miejscami może trochę za rozwlekle, ze względu jednak na cel podręcznika, by rzecz bardzo jasno przedstawić, nie jest to zbyt rażące.

W części szczegółowej opisuje autor choroby poszczególnych części ucha. Postępuje tu wedle zwykłego sposobu, rozbierając etyologię, objawy, rozpoznanie, przebieg i leczenie choroby. Nowego nie podaje autor dużo, trzymając się przytem ściśle znanych dróg i rzeczy wypróbowanych. Szczególnie nie wdaje się autor w żadne teorye, co w podręczniku dla studentów medycyny jest raczej zaletą, niż wadą.

Że w książce swej nie ustrzegł się autor i małych błędów, nie ma w tem nic dziwnego, zważywszy, że to pierwszy taki podręcznik w języku polskim. Tak opuścił autor n. p. przy opisie szumu słuchowego jedną z najczęstszych przyczyn: charłactwo; bardzo mało podaje o ropotoku (*otorrhoea*), który przecież jest również jednym z najczęstszych objawów i który należało opisać w odrębnym rozdziale, tem bardziej, skoro osobno opisuje autor n. p. zaburzenia smaku i dotyku języka w chorobach usznych. W etyologii jako rzecz zajmującą przypominamy, że choroby uszne zdarzają się w niektórych narodowościach daleko częściej, niż w innych. Dobrzeby było, gdyby autor uwzględnił piśmiennictwo polskie. Tak przy leczeniu róży wcale nie wspomniał o dziś tak często używanym środku: kwasie karbolowym z kamforą itp.

Rysunki, wzięte z Politzera i Urbantschitscha, są dosyć mierne.

Mimo to, wszystkie wymienione usterki mało znaczą przy ogólnej dobrej wartości dzieła; ufamy zresztą, że w przyszłem wydaniu autor je poprawi. Druk i papier w podręczniku są bardzo dobre. Zwracamy tu uwagę, że autor prawie zupełnie zaniechał owego nieprzyjemnego drobnego druku, który psuje oczy, a który w podręcznikach powszechnie bywa używany. *Chl.*

Dr. Simon Scherbel. **Jüdische Aerzte und ihr Einfluss auf das Judenthum.** Berlin-Lipsk, J. Singer & Co., 1905, str. 75.

Praca obejmuje w chronologicznym porządku spis lekarzy, wybitnych działaczy w społeczeństwie żydowskiem od II wieku po Chr. począwszy. Życiorysy i działalność społeczna i literacka lekarzy owych nakreślona jest w bardzo krótkich słowach. Nie jest to zatem źródłowa praca historyczna, czegoby zresztą nie można pomieścić na 75 stronach szerokiego druku, zawiera jednak ciekawe szczegóły, na pewno mało znane ogółowi lekarzy. *Stahr.*

## V. Wyciągi.

**MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.** Hoffmann i Marx. **Przyczynek do znajomości objawu Quinquauda.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 15). Według Fürbringera objaw Quinquauda, t. j. trzeszczenie w palcach badanej ręki, opartych na płaskiej dłoni badającego, ma mniejsze znaczenie rozpoznawcze dla alkoholizmu, aniżeli drżenie. Zdanie autorów jest w tym względzie inne. Spostrzeżenia ich, poczynione na 1018 więźniach berlińskiego zakładu karnego „Moabitu“, prowadzą do wniosku, że o ile nieobecność lub słaby stopień objawu Quinquauda nie pozwala na żadne wnioski co do wstrzemięźliwości lub nawyknienia alkoholowego, to wyraźny objaw Quinquauda przemawia wybitnie za alkoholizmem. Gdy bowiem na 591 osobników wstrzemięźliwych lub umiarkowanych tylko u 10·8 prc. było wybitne trzeszczenie Quinquauda, to u 289 pijących stosunek był 14·2 prc., a u 138 pijaków 28·2 prc. Różnicy między wynikiem autorów, a spostrzeżeniami Fürbringera szukać należy w tem, że gdy na 468 osobników, badanych przez Fürbringera, było tylko 133, t. j. 28 prc. pijących, to na 1018, badanych przez Hoffmanna i Marxa, było ich 427, t. j. około 42 prc. U kobiet, oraz w wieku młodym i starczym objaw ten się rzadziej pojawia. Objaw Quinquauda i drżenie rąk są to według autorów zjawiska różnej przyrody i nie pojawiające się razem. Na 137 osobników, okazujących wybitny objaw Quinquauda, tylko 55 okazywało drżenie, a z drugiej strony autorowie stwierdzili drżenie u 146 osobników, u których nie było ani śladu trzeszczenia Quinquauda. *Dr. Blassberg.*

Torday. **O wartości barbados-aloinowej próby na krew przy krwawieniach żołądkowo-kiszkowych.** (*Wiener klin. Rundschau* 1905, Nr. 26—27). Autor w licznych przypadkach cierpień żołądka i jelit używał próby barbados-aloinowej dla wykrycia krwi w stolcu. Jest to modyfikacya próby na krew van Deen-Webera, w której zamiast nastoju gwajakowego używa się trzyprocentowego roztworu aloiny. W spostrzeżeniach swych robił autor obok próby aloinowej dla porównania także inne próby i zestawił je razem w tablicy poglądowej. Przy cierpieniach żołądkowo-kiszkowych znajdował on krew w stolcu bardzo często. Przy raku żołądka krew zawszo można było wykryć. Przy wrzodach żołądka w okresach wolnych od napadów nie znalazł jej ani razu w stolcach, co się zgadza z twierdzeniem Boasa, że w tych przypadkach krwawienie następuje okresowo. Wynik dodatni przy biegunkach, chorobach serca i nerek, marskości wątroby i w przewlekłem zapaleniu otrzewnej, łatwo wytłómaczyć przekrwieniem, powstającem w tych przypadkach, któremu towarzyszy łatwe pękanie naczyń włosowatych. Badanie krwi w treści żołądka i jelit posiada zdaniem autora wielką wartość rozpoznawczą. *Dr. Blassberg.*

T. Lupu. **O pellagrze bez rumienia.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, 26). Jako typowe objawy pellagry, cierpienia bardzo rozpowszechnionego u ludności na Bukowinie, uważamy zazwyczaj: rumień na grzbiecie rąk i stóp, na szyi i mostku, złuszczanie się nabłonka z języka, połączone z zapaleniem jamy ustnej, gardła i ślinieniem, oraz objawy żołądkowo-kiszkowe i nerwowo-umysłowe. Autor opisuje cały szereg własnych spostrzeżeń pellagry, w których nie wszystkie objawy były wybitne. Tak n. p. w niektórych rumień, który uchodzi za objaw znamienny, albo zupełnie się nie pojawiał, lub też tylko bywał mniej lub więcej zaznaczony. Natomiast opisuje autor przypadki bezbolesnego nieżytu jelit, połączonego z wyniszczeniem, występującego głównie na wiosnę, oraz przypadki neurastenii, padaczki i innych chorób układu nerwowego na tle pellagry. Obraz kliniczny tego cierpienia, które głównie pojawia się u osobników, wyniszczonych chorobami, oraz złem lub jednostajnem odżywianiem się mąką kukurydzianą, czyli mamałygą, jest nadzwyczaj zmienny. W górach »*pellagra sine*

*pellagra«* częściej się zdarza, niż w równinach. Rumień bywa często tak nieznaczny, że chory go nie zauważa i takie przypadki przebiegają wogóle niepostrzeżenie. Rokowanie w tem cierpieniu nie jest tak niepomyślne, jak się zazwyczaj przyjmuje, natomiast w nerwicach i w histeryi na tle pellagry jest rokowanie według spostrzeżeń autora co do wyzdrowienia bardzo niepomyślne. L. omawia nadto rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia. Ubóstwo, wystąpienie choroby na wiosnę, wyglądanie chorego i stroskane wejrzenie, uczucie ciężkiego schorzenia, ociężałość umysłowa i małomówność przemawiają za pellagrą. Zwłaszcza małomówność cechuje histeryę na tle pellagry w przeciwieństwie do histeryi zwyczajnej, odznaczającej się gadatliwością, pełną fantazyi. Celem zwalczenia tego cierpienia żąda autor zbierania szczegółowej statystyki, zwłaszcza pellagry bez rumienia, zwalczania jednostajności pożywienia przez kuchnie ludowe i zasilanie ludności chlebem, przez ograniczenie hodowli kukurydzy i lepsze wyzyskanie ziemi, oraz przez środki ochronne, przeciwdziałające zgubnemu dla zdrowia psuciu się mąki kukurydzianej. Do tego celu zmierzać należy przez zakładanie kółek rolniczych i pouczanie ludności słowem i drukiem o tem cierpieniu.

*Dr. Blassberg.*

H. Kionka. **O powstawaniu i istocie dny.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, 29). Dawniejsze badania Kionki i innych autorów wykazały, że wyłączne żywienie mięsem wywołuje u ptaków, oraz u ssawców, zarówno roślinożernych, jak i mięsożernych, zmiany nekrotyczne w wątrobie i w nerkach. Że u człowieka, dotkniętego dną, są nerki chorobowo zmienione, jeżeli nie anatomicznie, to przynajmniej czynnościowo — jest rzeczą od dawna wiadomą. Co do wątroby, to istnienie ciężkiej dny u człowieka nie jest koniecznie związane z patologiczno-anatomiczną zmianą wątroby. Natomiast badania autora wykazały zmiany czynnościowe, dotyczące stosunku kwasu moczowego do substancyi, pojawiających się, względnie wytwarzanych prawidłowo w wątrobie, t. j. do glikolu i mocznika. Obecność wolnego glikolu ułatwia wypadanie moczanów z pierwotnych obojętnych roztworów; mocznik przeciwnie utrudnia je. Ustrój prawidłowy ochroniony jest przed nagromadzeniem się glikolu, albowiem wątroba wytwarza ferment, niszczący glikol i przetwarzający go w mocznik lub pokrewną substancyę. Zaburzenie tej właśnie czynności wątroby przy równoczesnem utrudnieniu wydzielania się kwasu moczowego przez nerki i nagromadzeniu się większych ilości kwasu moczowego we krwi, są warunkiem łatwego wypadania moczanów. Glikokol jest wytworem pochodnym pewnych ciał białkowatych, oraz wytworem pośrednim przy rozpadzie kwasu moczowego. Tak tedy obfitość kwasu moczowego u dotkniętych dną wiedzie do nagromadzenia się glikokolu, a ten ułatwia wypadanie moczanów. Zupełny lub chwilowy brak działania fermentu, niszczącego glikokol, stanowi stan, oznaczany klinicznie jako „usposobienie dnawe“. Ponieważ glikokol jest wytworem rozkładu tkanki łącznej i chrząstki, dlatego w ustroju w tych właśnie tkankach, t. j. w stawach i w chrząstce usznej powstają złogi moczanowe.

Autor omawia nadto przyjęte leczenie przeciwdnawe ze stanowiska swojej teoryi. Leczenie miejscowe, jako to: okłady zimne i ciepłe, oraz środki drażniące skórę, ma znaczenie względne, o ile chodzi tylko o wpłynięcie na miejscowe stosunki krążenia. Usuwanie drogą operacyjną chrząstki stawowej, dotkniętej dną, jest uzasadnione przy zajęciu jednego tylko stawu, bo usuwa się przez to źródło tworzenia się glikokolu. Ze środków, zalecanych przeciw dnie, kolchicyna, kwas salicylowy, oraz kwas chinowy, który w jelicie rozpada się na kwas będźwinowy, działają jako silne leki żółciopędne i zrazu zwiększają wydzielanie samej żółci. ale przy ciągłem podawaniu potęguje się czynność wątroby i zwiększa się także ilość wydzielanych kwasów żółciowych. Działanie ich skuteczne w dnie polega zatem na wpływie ich na czynność wątroby. Podobny wpływ mają też środki czyszczące, co może tłómaczy skuteczność wód mineralnych czyszczących (Salzschlirf, Karlsbad). Zalecano w ostatnich czasach przez Falkensteina leczenie dny przez podawanie większych ilości kwasu solnego także by się tłómaczyło wzmożonem wydzielaniem żółci. Prócz tego działania jest tu atoli drugi czynnik. Kwas będźwinowy i salicylowy opuszczają ustrój, łącząc się z glikokolem, pierwszy jako kwas hippurowy, a drugi jako ciało podobnie zbudowane. Przy tem skojarzeniu wiąże się chemicznie glikokol, a tem samem zobojętnia się jego szkodliwy wpływ przy dnie.

*Dr. Blassberg.*

D. Hirsch. **Surowica przeciwbłonicza jako środek leczniczy i zapobiegawczy w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Wiener klin.-ther. Wochs.* 1905, Nr. 30). Autor w jednym, bardzo ciężkim przypadku niewątpliwego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych stosował surowicę przeciwbłoniczą. Przebieg choroby był krótszy, a przypadek zakończył się wyzdrowieniem. W trzech innych przypadkach, bardzo podejrzanych, zwłaszcza wobec panującej epidemii, również otrzymał H. dobre wyniki. Wraz z Wolfem i Waitzfelderem poleca tedy autor gorąco w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych stosowanie surowicy przeciwbłoniczej, jako środka łatwego w użyciu i nieszkodliwego.

*Dr. Blassberg.*

## POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA.

R. v. Uhle. **W sprawie leczenia nadmiernych wymiotów u ciężarnych.** (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1905, Nr. 24). 25-letnia mężatka była po raz drugi w ciąży, w danej chwili w IV. miesiącu. Lekkie wymioty, które w pierwszej ciąży trwały do IV. miesiąca, powtórzyły się teraz, lecz od 2 tygodni tak się spotęgowały, że powtarzają się 12—15 razy dziennie, po każdej potrawie, a nawet bez tego. Lekarz ordynujący, wyczerpawszy wszystkie ogólnie stosowane środki lecznicze, wezwał U. na naradę, myśląc o przerwaniu ciąży. U. stwierdził wycieńczenie chorej, tęt. 120, drobne, a miejscowo macicę w zbyt silnem przodozgięciu. Z początku zastosował leczenie, które go nigdy przedtem nie zawiodło, t. j. wypompował żołądek, wstrzyknął 0·01 morfiny i polecił odżywiać chorą wyłącznie przez odbytnicę. Dobry skutek trwał przez 2 dni, poczem wymioty powróciły z dawnem nasileniem. W przypuszczeniu, że zbyt silne przodozgięcie może być w związku z cierpieniem, założył kolpeuryntor do pochwy i lekko go napełnił. Wymioty ustały natychmiast. Po kilkunastu godzinach wyjęto balon, nazajutrz zaś znowu go założono na 12 godzin z powodu nawrotu cierpienia. Odtąd zaczęła chora spożywać zaraz więcej pokarmów, tak, że powtarzające się jeszcze przez kilka dni 2 razy dziennie wymioty nie przeszkadzały poprawie stanu ogólnego. Czynności porodowej balon nie wzniecił. Wyłączając histeryę, tłómaczy sobie U. wynik leczenia w danym przypadku zwolnieniem zrostów otrzewnych lub też działaniem odruchowem po usunięciu zbyt silnego przodozgięcia.

*B. Wojciechowski.*

Stefan Gaszyński. **W sprawie mechanizmu porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność sprzężnej prawdziwej od dolnego kąta spojenia.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1905, Nr. 25). (Rzecz podana w skróceniu w Nrze 6 *Nowin lek.* i streszczona częściowo w Nrze 27 *Przeglądu*). Zapomocą swego nowego miednicomierza oznacza G. wysokość spojenia, sprzężnej przekątnej (*conj. diagonalis*), sprzężnej prawdziwej (*conj. vera anatomica et obstetricia*), sprzężnej pośredniej (*conj. media s. cavi pelvis*) (od dolnego brzegu spojenia do połowy kości krzyżowej), sprzężnej dolnej (*conj. inferior s. apicis ossis sacri*) (od dolnego brzegu spojenia do końca kości krzyżowej) i sprzężnej wychodu (*conj. exitus*). Nadto oznaczyć się daje stopień nachylenia spojenia łonowego w stosunku do wzgórka. Po przeniesieniu wymiarów na papier i wykreśleniu t. zw. pelweogramu można także w sposób prosty oznaczyć stopień nachylenia całej miednicy po zmierzeniu u stojącej chorej odległości górnego i dolnego brzegu spojenia od podłogi. Najgłówniejszym wymiarem niezawsze jest wymiar prosty wchodu, gdyż niezawsze jest on najmniejszy, ale przeciwnie w pewnych przypadkach wymiar najmniejszy przebiega gdzieindziej, w próżni lub wychodzie. G. proponuje zatem wprowadzenie pojęcia »*conj. minima*«. Z pelweogramów wynika dalej, że niezawsze najwęższe miejsce w miednicy leży w jednej tylko płaszczyźnie, lecz że bywają również zwężenia jednostajne na dłuższej przestrzeni przewodu miednicy. Chcąc oznaczyć głębokość przewodu miednicy, prowadzi G. od wzgórka prostopadłą do sprzężnej dolnej (*conj. inferior*). Wymiar ten, »*profunditas cavi pelvis*«, wynosi średnio 10—11 ctm. Wahania wysokości spojenia pociągają za sobą, przy niezmienionej sprzężnej przekątnej, tylko bardzo mało różnice w długości sprzężnej prawdziwej, zaledwie paru mm.; błąd zaś, jaki wywołuje grubość pokładu części miękkich, otaczających spojenie, nie przekracza przy obliczaniu sprz. prawdziwej nawet 1 mm. Stopień pochylenia spojenia w stosunku do wzgórka ma za to na długość sprz. prawdziwej tak duży wpływ, że różnice wynosić mogą więcej, niż 4 ctm. Wysokość wzgórka w stosunku do spojenia przy niezmienionej sprz. przekątnej wpływa w ten sposób na sprz. prawdziwą, że czem niżej wzgórek stoi, tem większą staje się sprz. prawdziwa. Podział miednic na ogólnie przyjęte typy ma jedynie pewne znaczenie dydaktyczne, gdyż niema ściśle biorąc 2 miednic, zupełnie do siebie podobnych. Wskazaniami do postępowania przy porodzie kierować powinien wynik jak najdokładniejszych pomiarów miednicy u danego osobnika.

*B. Wojciechowski.*

Wederhake. **W sprawie szybkiego rozpoznania drobnowidowego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 25). W. poleca jako bardzo praktyczny, bo pewny i szybki, zaledwie 5 minut zajmujący, następujący sposób badania tkanek świeżych: zamrożenie, przeniesienie skrawków do roztworu nastoju jodowego (2—5 kropel na 20 ccm. wody) na 1—5 minut, następnie (bez opłukania) do roztworu szkarłatu kroceinowego (z nasyconego roztworu barwika

w 70 prc. wyskoku miesza się 20 ccm. ze 100 ccm. wody) na ½—3 minut, opłukanie w wodzie (najlepiej na łopatce), przeniesienie do kropli gliceryny na szkiełku przedmiotowem, przykrycie szkiełkiem nakrywkowem. W przypadkach wątpliwych pozwala ten sposób na rozpoznanie histologiczne podczas samej operacyi, n. p. skrobanki macicy, co niekiedy ogromne ma znaczenie. Obrazy są wyraźne, jasne, tkanki dobrze wyróżnione. Z małemi odmianami nadają się także ustalone tkanki do tej metody barwienia. U praktyków powinnaby ona znaleźć uznanie i rozpowszechnienie.

*B. Wojciechowski.*

Saniter. **W sprawie odkażania powłok brzusznych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 26). Celem ułatwienia oczyszczenia pępka przed operacyą, poleca S. podciągać go kleszczykami pół-tępemi. Sposób ten jest we Francyi oddawna przyjęty. *B. Wojciechowski.*

O. Bürger. **W sprawie pubiotomii.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 27). B. ogłasza 2 dalsze przypadki z kliniki Schauty. Pierwszy dotyczy 28-letniej wieloródki z wybitną krzywicą całego kośćca. Pierwszy poród siłami przyrody, płód niedonoszony, 2000 gr., zmarł wkrótce. Przy drugim porodzie, również przedwczesnym, obrót zapobiegawczy z powodu widocznego niestosunku; płód urodzony żywy, 2500 gr., zmarł po paru miesiącach. Chora zgłosiła się, jako od 2 dni rodząca, z końcem trzeciej ciąży. Poza kliniką próbowano bez skutku kleszczy i badano kilkakrotnie. Sprzężna przekątna 10 cm., główka nad wchodem ruchoma, postawa II. Po kilkunastu godzinach pierścień do pępka, tony płodu dobre, ciepłota prawidłowa. Pubiotomia po stronie prawej ze względu na postawę płodu. Ponieważ wgniecenie główki nie udało się, założył B. kleszcze Breussa. Płód donoszony, 3450 gr. Opatrunek ustalający. Przez kilka pierwszych dni cewnik na stałe. W 7. dniu połogu raz 39° z powodu chwilowego zatrzymania się wydzieliny mimo sączka. Z powodu zajęcia oskrzeli wstała chora dopiero 25 dnia. Chód prawidłowy. Przypadek drugi odnosi się do 28-letniej krzywiczej kobiety, która przedtem 3 razy rodziła, zawsze dzieci nieżywe, bardzo duże. Zgłosiła się w czasie porodu; ujście zupełnie rozwarte, główka nad wchodem ruchoma, grzbiet po stronie lewej, sprzężna przekątna 10·8; wstawiła się kość boczna tylna, ciemię duże w środku pola badania. Po kilku godzinach objawy grożącego pęknięcia macicy. Pubiotomia po stronie lewej, potem kleszcze Breussa. Płód żywy 4 kg., 57 cm. Połóg bezgorączkowy. 19. dnia chora wstała. Chodziła odrazu dobrze. Pubiotomia zastępuje wprawdzie niekiedy cięcie cesarskie w przypadkach niezupełnie czystych, lecz zdaniem B. zbyt daleko idzie v. Franqué, rozszerzając wskazania do pubiotomii także na przypadki wybitnie zakażone. Dolny otwór rany powinien leżeć jak najdalej od szpary sromowej ze względu na łatwość zakażenia. Według wyników doświadczeń van Cauvenberghea z pubiotomią na zwłokach, powinno się przecinać kość po stronie potylicy płodu, gdyż przepiłowana połowa miednicy ulega znaczniejszemu rozszerzeniu, niż przeciwna. *B. Wojciechowski.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**W leczeniu wiewióra** używa prof. Zeissl (*Oesterr. Aerzte-Ztg.*, 1905, 2, 3) przeciw bolesnym wzwodom prącia (*chorda gonorrhoica*) najchętniej trionalu, podając przez dwa dni z rzędu, a potem co drugi dzień wieczorem po 1,5 tego leku. Gdy tylko zniknie parcie na mocz i obrzęk prącia rozpoczyna Z. wstrzykiwania, do których posługuje się najchętniej nadmanganianem potasowym (0,10:100), protargolem (0,5 do 2,0 na 200 rozczynu fizyol. soli kuchennej z dodatkiem pół prc. gliceryny) lub albarginą. *B.*

**Poronne leczenie wiewióra protargolem** zachwala Straus (*Monats. f. Harnk. u. sex. Hyg.*, 1905, Nr. 1) utrzymując, że na 50 przypadków uzyskał pożądany skutek w ⅓. Przeciwwskazanem jest leczenie poronne wobec znacznych bolów przy moczeniu, licznych dwoinek wiewiórowych i czysto ropnego wypływu. S. wstrzykuje 1 do 2 cm.³ 10 prc. rozczynu protargolu z dodatkiem 4 prc. antypiryny przez cewnik gałkowaty, wsunięty aż do opuszki cewki moczowej, zwolna cewnik w czasie wstrzykiwania wysuwając. Wstrzyknięty rozczyn zatrzymuje chory przez 5 minut, poczem zaraz powtarza się wstrzyknięcie. W domu wstrzykuje sobie chory 3 razy dnia 1 prc. rozczyn protargolu z 2 prc. antypiryny, zatrzymując go również przez 5 minut, przez trzy dni, przyczem zażywać ma olej santałowy i przestrzegać ściśle dyety. Przy pomyślnem leczeniu nie powinno być w wydzielinie już na trzeci dzień wcale gonokoków. Gdyby były, to leczenie poronne się nie powiodło i przejść trzeba do zwykłego. Feistmantel (*Wr. med. Wochs.*, 1905, 13—15) zaleca wkraplania 5 prc. glicerynowowodnego rozczynu protargolu, jako ochronę przed zakażeniem wiewiórowem, na podstawie spostrzeżeń, poczynionych u żołnierzy garnizonu peszteńskiego. *B.*

**Maretyny** użył Sobernheim (*Deuts. med. Wochs.*, 1905, 15) w 7 przypadkach ostrego gośćca stawowego z gorączką, dochodzącą 38·8° C., opierających się wszelkiemu leczeniu. Skuteczną była maretyna już w dawce 0·5 po 2 razy dnia, nie wywołując uciążliwych potów, częstych po innych środkach. S. zwraca uwagę, że po użyciu maretyny pojawiają się w moczu bliżej jeszcze niezbadane substancye redukujące, wskutek czego próba „cukrowa" wypada dodatnio i może być źródłem omyłek. W zapaleniu stawów wiewiórowem maretyna nie działa, dobrą zaś okazała się przeciw nerwobolom. *B.*

Burnet (*The med. Times and Hosp.*, 1905, 7) chwali skuteczność **mesotanu** w gośćcu mięśniowym, jakoteż jego własności kojące ból w zniekształtniającem zapaleniu stawów. Objawów podrażnienia skóry B. wśród 200 przeszło przypadków nie widział ani razu, zaleca jednak usilnie, by u osób z wrażliwszą skórą używać tylko pędzlowań i nie pokrywać nigdy miejsc posmarowanych nieprzepuszczalną materyą. Przed użyciem mesotanu trzeba skórę dokładnie osuszyć, bo wilgoć rozkłada ten lek. Należy przypomnieć, że według Ruhemanna (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 19) można stosować nawet mięsienie bez obawy zadrażnienia skóry, jeśli użyje się waseliny mesotanowej (5:15). *B.*

## VII. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 31 sierpnia.*

* Redaktor główny „Przeglądu lekarskiego" dr. A. Kwaśnicki powrócił z dniem 1 września b. r. do zajęć redaktorskich.

* W kaliskiem Towarzystwie lekarskiem wybrano prezesem dr. A. Drozdowskiego, wiceprezesem dr. W. Wilczewskiego, sekretarzem dr. M. Kasprzaka.

* I międzynarodowy Zjazd neurologów i psychiatrów odbędzie się 3—8 września b. r. w Amsterdamie.

* X międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Peszcie 11—16 września r. b. Na posiedzeniach ogólnych wykładać będą: Gruber (Higiena jaźni), Laitinen i Weygandt (Wpływ wyskoku na odporność ustroju, zwłaszcza na dziedziczność). Liebermann (Higieniczne znaczenie sztucznych win). Z Polaków wybitniejszy udział wezmą: Lutosławski, który będzie mówić „O abstynencyi w Polsce" na zebraniu organizacyi abstynentów węgierskich, obok Juliusburgera z Berlina i Ernsta z Zurichu, oraz Daszyńska-Golińska, która wraz z Klempem i Malcomesem z Pesztu będzie sprawozdawczynią tematu: „Przemysłowe zużytkowanie wyskoku jako środek walki z alkoholizmem".

* Według „Russkiego Wracza" przygotowuje się w Rosyi reforma uniwersytetów, w których w przyszłości rektor i dziekani mieliby być wybieralni. Nową ustawę opracowuje w ministeryum oświaty komisya, do której z lekarzy należą Łukjanow i Szczerbakow.

* Znakomita organizacya służby sanitarnej japońskiej w obecnej wojnie zyskała sobie powszechne uznanie. Znaczna część zasługi przypada tu towarzystwu, zawiązanemu w Japonii w r. 1877 pod nazwą „Hakuaicha", które od przystąpienia Japonii do konwencyi genewskiej, t. j. od r. 1886, przybrało nazwę Japońskiego Czerwonego Krzyża. Towarzystwo to różni się tem od europejskich, że działa nietylko w czasie wojny, ale i w czasie pokoju, niosąc pomoc ofiarom trzęsienia ziemi, powodzi, tajfunów, głodu, zaraz i t. p., utrzymując stale w Tokio szpital cywilny i połączoną z nim szkołę dozorców chorych; tylko w czasie wojny oddaje się Towarzystwo całkowicie na usługi władz wojskowych. Obecnie liczy personal Towarzystwa 3000 osób (lekarzy, aptekarzy, dozorców chorych), zajętych na polu walki i na znakomicie urządzonych okrętach szpitalnych. Europa zazdrościć może temu Towarzystwu popularności, gdyż liczba członków Towarzystwa wynosi bezmała milion, t. j. 2% ludności japońskiej. Prócz tego Towarzystwa istnieje zresztą w Japonii cały szereg Towarzystw o podobnych zadaniach, jak n. p. Towarzystwo dobrowolnych dozorców chorych, liczące 5000 członków i t. d.

* Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych przygasa nietylko w Galicyi, ale i na Śląsku pruskim, natomiast szerzy się znów silniej w Prusach Zachodnich.

* Między 16 a 24 sierpnia b. r. zachorowało trzech flisaków na galarach wiślanych, płynących z Królestwa Polskiego, między Toruniem a Chełmem; u dwóch z nich stwierdziły władze sanitarne niemieckie cholerę. Obecnie stwierdzono już 7 przypadków, z nich 3 śmiertelne.

* Według wykazów wiedeńskiej centralnej komisyi statystycznej zmarło we Lwowie w czasie od 1 stycznia do 29 lipca b. r. ogółem 2831 osób, t. j. 28·2 pro mille. Z tego zmarło ogółem na choroby zakaźne 66 osób, czyli 3·33 pro mille. W tym samym czasie zmarło w Krakowie 1879 osób, t. j. 33·0 pro mille, z tego na choroby zakaźne 93, t. j. t. j. 4·94 pro mille, w Wiedniu zaś 22.543 osoby, w tem na choroby zakaźne 1084 osoby czyli 4·80 pro mille.

* Od 6—12 sierpnia stwierdzono w Galicyi 3 przypadki ospy w mieście Chrzanowie, 4 przypadki zapalenia opon mózgowordzeniowych (w 4 gminach 5 powiatów) i przypadki duru osutkowego w następujących powiatach: Nadwórna (4), Horodenka (3), Brzozów, Buczacz, Kamionka (po 2), Bohorodczany, Drohobycz, Przemyślany, Śniatyn (po 1).

**Mianowani**: Dr. Kazimierz Lipski, sekundaryusz szpitala lwows., dyrektorem szpitala powsz. w Skałacie. Dr. Ehrenfest profesorem położnictwa w St. Louis, dr. Bocci profesorem fizyologii w Sienie, doc. Scholz profesorem dermatologii w Królewcu.

**Zmarli**: Prof. Kunkel, farmakolog, w Würzburgu; dr. Heath, b. prof. chirurgii, w Londynie; dr. Adam Wincenty Buckiewicz w Wiernym (na Syberyi); dr. Ludwik Żerański, lekarz kolej., w 56 r. ż. w Radomiu; dr. Felicyan Komocki w 77 r. ż. w Mińsku gub.: psychiatra prof. Laehr, w założonym przez siebie zakładzie w Zehlendorf. w 85 r. ż.

**Bibliografia**:

— *Kronika lekarska*. Zeszyt 16. Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

— *Casopis lekařů českých* Nr. 34. Syllaba: Principy moderního léčeni vnitřních chorob. Libenský: Ofthalmoplegia externa chronica progressiva. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých organů žlazových při vrožene přijici. Zikmund: K otázce aetiologie současného vyskytováni se zánětlivých onemocněni organů respiratornich a malych deti méně 2 let starých.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Tilmann: Znieczulanie rdzeniowe stowainą. Gütig: O stosunku hypoleukocytozy do szpiku kostnego. Jürgens: Leczenie tuberkuliną i odporność wobec gruźlicy. Blume: W sprawie wczesnego bakteryoskopowego rozpoznania gruźlicy płuc. Abel. O użyciu styptolu w krwotokach macicznych i trudnem miesiączkowaniu. Tugendreich: Obecny stan zagadnienia o istocie zaniku noworodków. Croner i Cronheim: O nowej próbie kwasu mlecznego. Aldor: O wartości wysokich wlewań do jelit. Hildebrandt: Znieczulanie rdzeniowe.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Bartel: Układ limfatyczny, a zakażenie gruźlicze. Dörr: Cholecystitis typhosa. Löbl: Przypadki otrucia. Oefele: Oznaczenie prawidłowego kału.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 34. Schottmüller: O nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Rille i Vockerodt: Dalsze stwierdzenia krętków w kile. Schenk: O wzmożeniu hemaglutynınów w połogu. Werner: O działaniu radu na zarazki i zakażenie tkanek. Curschmann: O przerostach mięśni na tle hiperkinetycznem przy toksycznem rozsianem zapaleniu nerwów. Thorn: Operacye mięśniaków macicy ciężarnej i rodzącej. Daser: Przypadek zniekształtniającego zapalenia kości. Wichmann: W sprawie rentgenoterapii. Villaret: Leczenie nadmiernego pocenia się nóg w wojsku. Arneth: W sprawie wytłómaczenia zachowania się krwinek białych i czerwonych przy leczeniu białaczki promieniami Roentgena (dok). Mohr: Przyczynek do etyologii i leczenia gorączki siennej (dok.). Kühn: Lekarki zagranicą.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Simon i Pater: Wstrzykiwania wody morskiej w lecznictwie u dzieci. Latour: Żyłotętniak trójkąta Scarpy.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 34. — Doświadczenia zebrane w chirurgii polowej w wojnie rosyjsko-japońskiej. Pels-Leusden: O nieprawidłowem pokrywaniu się nabłonkiem i urazowych torbielach nabłonkowych. Seifert: O alypinie. Kuhnt: W sprawie leczenia zapalenia spojówek w toku nieżytu siennego. Schwartz: Wyleczenie przypadku gruźlicy oka surowicą Marmorka. Kilian: O siedzibie i otwieraniu głębokich ropni w okolicy podstawy języka i w sąsiedztwie przez operacyę od zewnątrz. Reischauer: Dalsze spostrzeżenia krętków w kile dziedzicznej. Strauss: Wyskrobanie męskiego pęcherza moczowego bez jego otwierania przy przewlekłem zapaleniu. Spengler: Nowe uodporniające leczenie suchot tuberkuliną perliczą. Lenzmann: Stanowisko lekarza-praktyka w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.).

— *Medizinische Klinik* Nr. 38. Greeff: O przerzutach w oku w toku wiewióra. Müller: Wczesne rozpoznanie stwardnienia rozsianego (c. d.). Zuelzer: O znaczeniu klinicznem nieorganicznych składników moczu. Saalfeld: O leczeniu wiewióra u mężczyzn. Wolters: O krętkach znajdowanych w kile.

**Redakcya otrzymała**: Dr. B. Gerżabek: 1) Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki. 2) Znaczenie pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Odb. z „Nowin lek." — Służba zdrowia w mieście Lwowie (spis lekarzy i t. d. zestawiony przez fizykat miejski) Lwów 1905.

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 34 (od dn. 20/VIII do 26/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 28; nieżywo: chł. —, dz. 6. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 11, kob. 17; zamiejscowych: męż. 9, kob. 7.

**Przyczyna śmierci**: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. 1. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 7, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 28, obcych 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.**



Wśród zagranicznych szczaw alkalicznych rodzimych, używanych za napój dyetetyczny, odznacza się szczawa Krondorfska tem, że zawiera mniej siarkanów, niż inne podobne wody, a więcej wolnego bezwodnika węglowego, jak to stwierdzają rozbiory, wykonane przez prof. Lercha i prof. Gintla w Pradze. Wskazania lecznicze tej szczawy są zresztą te same, co innych szczaw alkalicznych, a więc przedewszystkiem w przewlekłych nieżytach błon śluzowych, zwłaszcza dróg oddechowych; dłuższe jej używanie zaleca się w lekkich nieżytach żołądka, pęcherza i dróg żółciowych; nadto nadaje się ona jako napój w ostrych chorobach gorączkowych i w krztuścu. *G.*